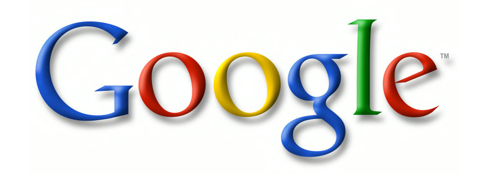


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

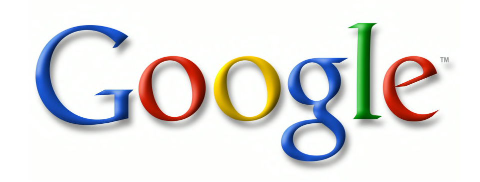
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

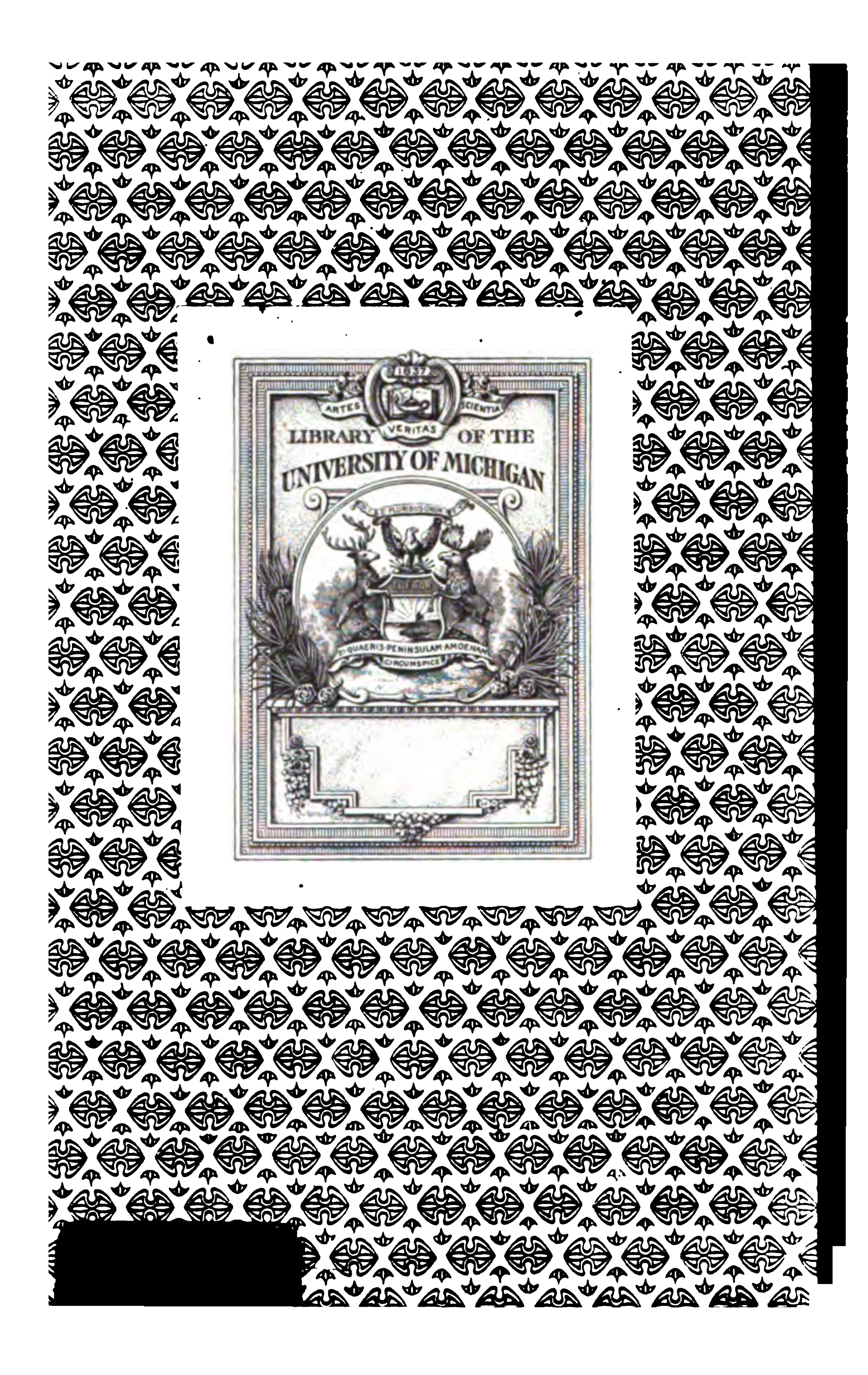
Nous vous demandons également de:

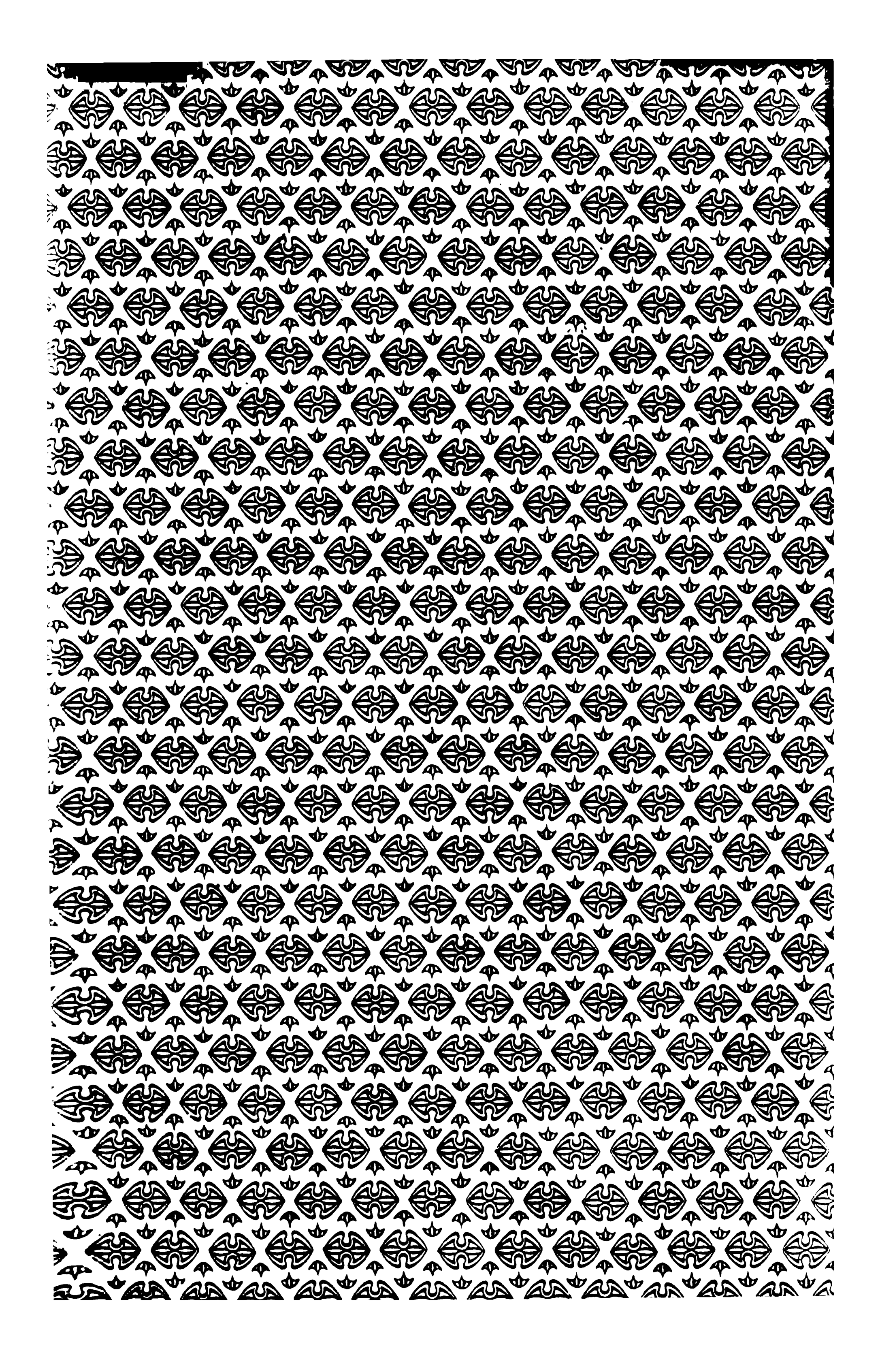
+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


A 3 9015 00385 602 1
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



610.5
A595
C799

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME V.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement .

Pour Paris......................	18	francs.
Pour les départements...........	20	—
Pour l'Europe...................	23	—
Pour les autres parties du monde.	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef, 9, rue de Mulhouse, ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME V

Contenant des travaux de MM.

HERRGOTT (de Nancy), BERGERON (Georges), LABARRAQUE (Édouard), CHOUPPE, TARNIER, FÉRÉOL, VINCENT (de Guéret), ANCELET, DESNOS, BARIÉ, AHLFELD, SKENE, HANOT, MARTINET, GALLARD, MATTEI, MARTIN (Édouard), BURDEL, PILAT (de Lille), DELORE, GOLAY, PUECH (Albert), BUDIN, LIZÉ, RICHET, LONGUET, LEBLOND, LUTAUD, BERGER, GENEUIL.

1876

(1er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1876

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARDY-DELISLE, présid. de la Soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp. de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CHURCHILL (Fletwood), prof. d'acc. à l'univ. de Dublin.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), ancien interne des hopitaux de Paris.
EUSTACHE, agr. à la Faculté de Montpellier.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FEREOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD. médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, ancien interne des hôp. de Paris.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), memb. de la Soc. de méd. de Paris.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ORIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. adj. du Lycée de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hopital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hop. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hop. de Rothschild.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVEAUX MOYENS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

DES

MALADIES DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

Par M. Herrgott.
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

On ne saurait reprocher à la médecine de l'époque actuelle de se complaire dans des discussions sur des sujets de philosophie scientifique, ni dans l'histoire du passé; sa tendance actuelle est de rechercher le positif en toutes choses; on dira plus tard quelles ont été les conséquences de cette direction dans les efforts des travailleurs; nous ne voulons que constater ici quelques-unes de ses heureuses conséquences.

Dans les acquisitions de l'époque actuelle, c'est le diagnostic qui s'est le plus enrichi, et qui, par les lumières qu'il a fournies, a exercé la plus heureuse influence sur la guérison des maladies.

Longue et glorieuse pour la médecine actuelle, serait la simple énumération de ces acquisitions; on peut dire réellement que la lumière a été projetée par d'ingénieux et simples

appareils dans des organes qui n'avaient jamais été éclairés pour le diagnostic, et que là où régnait naguère l'obscurité, existe aujourd'hui une grande clarté. Bienfaisante lumière pour le traitement qui n'est plus obligé d'aller à tâtons, et presque au hasard, à la recherche de ce qui peut soulager ou guérir, et qui permet quelquefois aussi de soustraire le malade à tout traitement qui serait frappé d'impuissance, et ne plus être pour lui qu'une inutile et douloureuse tentative.

Nous voulons restreindre, à une partie seulement du traitement des maladies des organes génitaux urinaires de la femme, l'examen de ce qui a été acquis à la science dans ces dernières années. Nous ne voulons pas parler des spéculums si divers qui, primitivement instruments dilatateurs, sont devenus, en se modifiant, de précieux instruments de diagnostic, et des auxiliaires indispensables pour les opérations qui se pratiquent sur la matrice et le canal qui y conduit. Nous avons exposé ailleurs (1) ce que la chirurgie opératoire a pu faire à l'aide de certaines modifications du spéculum dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

C'est la cavité vésicale elle-même et toute l'étendue de sa muqueuse, qui viennent d'être rendues accessibles au toucher, à la vue et l'action directe des instruments moyennant une dilatation méthodique du canal de l'urèthre, et au besoin l'incision de la cloison vésico-vaginale pour renverser comme un gant la cavité vésicale, afin de rendre possible l'enlèvement de néoplasmes et même modifier l'état de la muqueuse. On n'aurait osé songer à ces tentatives, si d'autres progrès n'avaient préalablement été réalisés ; si la guérison des lésions de la vessie, chez la femme, n'avait été rendue possible et relativement facile.

La dilatation du canal de l'urèthre est chose fort ancienne, et avait déjà été pratiquée par Marianus Sanctus. « Pour mieux faire uriner les malades, est-il dit : chez l'homme, il eut recours à un instrument mince et long en forme de pinces ; il l'introduisait dans l'urèthre comme les sondes, écartait les deux cy-

(1) Du Traité des fistules vésico-vaginales. Mém. de la Soc. de chirurgie, VII, 493.

lindres, et dilatait l'urèthre ; par ce secours, le malade urinait presque dans l'instant..... Chez les femmes, qu'on est obligé de tailler rarement, parce qu'elles sont peu sujettes au calcul, il suffit pour extraire le calcul, quand il est d'un volume médiocre, de dilater le canal. » Ces préceptes du chirurgien italien remontent à 1526.

Dans le premier volume des Mémoires de l'Académie de Dijon (1712), se trouve un mémoire de Goin sur l'opération de la taille, dans lequel il est dit « que la seule dilatation suffit toujours lorsqu'on a reconnu une petite pierre dans la vessie, et qu'elle suffit souvent lorsque la pierre d'une femme adulte est de moyenne grosseur. »

Nous avons trouvé ces indications dans l'Histoire de l'anatomie et de la chirurgie, par Portal; Paris, 1770, t. I, p. 29 t. V, p. 698. Nous avons lieu de les croire exactes, mais nous n'avons pu les confronter avec les textes originaux.

La dilatation du canal de l'urèthre de la femme est de nouveau proposée par Astley Cooper qui aurait, en 1822, lu, à la Société médico-chirurgicale de Londres, un opuscule sur les avantages de cette méthode, et communiqué trois observations à l'appui; nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer ce travail, ni trouver des indications suffisantes pour nous permettre de l'apprécier. Il serait facile de recueillir de nombreux faits qui démontrent que le canal de l'urèthre, chez la femme, a pu, pour le passage de corps étrangers, subir une dilatation considérable sans perdre ses propriétés contentives du liquide urinaire. On trouvera, dans le travail dont nous donnons la traduction plus loin, d'intéressants détails.

Notre collègue à la Faculté, M. le professeur Simonin, a communiqué à la Société de médecine de Nancy, dans l'année 1871-72, un travail ayant pour titre : « *Innocuité et utilité de l'extrême et rapide dilatation de l'urèthre chez la femme,* » voyez Mémoires de la Société de médecine de Nancy, année 1871-72, p. 218.

Ce travail doit avoir subi quelques additions après sa communication à la Société, car il contient, p. 235, un fait qui porte la date du 12 mars 1873. Nous croyons devoir transcrire les

conclusions de l'auteur, qui résument les observations du mémoire.

« La dilatation rapide et extrême du canal de l'urèthre, ob« tenue par moi, a eu lieu une fois pour l'extraction de corps « étranger introduit dans la vessie; deux fois pour l'extraction « de calculs; une fois pour s'assurer, au moment de la litho« tritie, si la vessie contenait ou non un corps étranger, et une « autre fois pour l'examen du canal de l'urèthre à l'occasion « d'un polype de cette région.

« Sans le sommeil, dû aux anesthésiques, la douleur provo« quée par la dilatation rapide est considérable, et ne permet« trait point, en général, d'opération sérieuse et de longue « durée.

« Il y a lieu, d'après les résultats cités, de tenter la dilatation « de l'urèthre soit pour l'extraction de corps étrangers intro« duits dans la vessie, soit pour remplacer, dans certains cas, « la lithotritie, la taille uréthrale et la taille hypogastriqne. Il « y a lieu de l'employer pour le diagnostic, à l'aide du doigt « indicateur, de la présence de corps étrangers dans la vessie, « pour le diagnostic des états si divers de cet organe, comme « pour celui de l'urèthre.

« La dilatation rapide de l'urèthre, chez la femme vivante, « a été obtenue par mon procédé, de telle sorte que, pendant « l'anesthésie déterminée à l'aide du chloroforme, le diamètre « de l'urèthre a pu atteindre l'étendue de 23 à 24 millim., et que « l'urèthre a pu être franchi soit par le doigt indicateur, soit « par divers instruments : dilatateurs et tenettes réunis, te« nettes chargées de calculs, offrant une circonférence totale de « 68 à 70 millim. Cette dilatation n'a provoqué aucun inconvé« nient au point de vue général, et a été produite sans aucune « douleur à la suite de l'anesthésiation. Elle a eu lieu sans rup« ture du canal.

« Elle n'a pas provoqué l'incontinence de l'urine, et, au contraire, après avoir été obtenue, une incontinence chronique, « due à la présence d'un calcul, a cessé complètement après « l'extraction du corps étranger » (1).

« La dilatabilité du canal de l'urèthre, chez la femme, a été sou-

mise, par le professeur Simon, de Heidelberg, à une étude plus complète; il en a indiqué l'étendue exacte, montré de quelle façon elle peut être pratiquée de la manière la plus complète et la plus inoffensive, constitué une véritable méthode opératoire parfaitement réglée qui lui donne, dans la médecine opératoire, une place régulière; ce résultat définitivement acquis et consolidé par de nombreuses expériences, il en a étudié les applications pratiques dans le traitement des affections de la vessie. Il a montré les limites du champ d'exploration que le doigt peut atteindre dans la cavité vésicale, et celle de l'action instrumentale qu'il peut surveiller dans cette cavité; il a voulu étendre cette exploration et cette action à toute la cavité de l'organe, et il a osé fendre la paroi vésico-vaginale, sûr qu'il était de pouvoir la refermer, pour provoquer le renversement de la vessie, semblable à celle-ci qu'on observe dans les pertes de substance étendues de la paroi vésico-vaginale, et étendre de cette façon à toute la cavité du réservoir, l'exploration par le toucher, la vue, et l'action des instruments.

On peut dire que la nature a souri à ces audaces qui ont véritablement reculé les limites de l'action chirurgicale. Enivré par le succès, il a eu la témérité d'appliquer ce mode de traitement à une affection de la vessie, qui ne justifiait peut-être pas une pareille intervention; quoi qu'il en soit, un pas décisif important a été fait dans cette voie. Nous avons cru qu'il méritait d'être connu en France, non par une relation sommaire, mais par la communication directe, par la traduction littérale de ce travail écrit sous la direction du professeur par un de ses élèves, ainsi qu'il le dit dans la note suivante qui précède ce travail, et qui est l'attestation de l'exactitude de la doctrine et des observations par lesqnelles elle est appuyée :

« Ce travail, dit Simon, fait connaître les moyens que j'ai mis « successivement en usage, à la Clinique de Heidelberg, avec « beaucoup de succès dans les affections chirurgicales de la ves- « sie. Cet organe peut maintenant être exploré par la palpation et

(1) L'obs. I atténue un peu l'optimisme de ces conclusions; quant à l'absence absolue de déchirure et d'incontinence d'urine, voy. p. 229 et 230.

« l'inspection jusque dans ses parties les plus élevées, même l'ac-
« tion des instruments peut s'exercer sur chaque point de sa sur-
« face avec une sûreté inconnue jusqu'ici. Mon temps absorbé
« par d'autres travaux, ne m'a pas permis de faire part au
« public moi-même de ces méthodes et des observations où elles
« ont été mises en usage; j'ai cru devoir abandonner ce soin
« à M. le Dr Wildt, avec d'autant plus de confiance qu'il est un
« de mes élèves les plus zélés, qu'il a employé lui-même souvent
« ces modes d'exploration, et qu'il a suivi avec assiduité le trai-
« tement des malades ainsi traitées par moi. »

NOUVELLES MÉTHODES OPÉRATOIRES POUR RENDRE LA CAVITÉ VÉSICALE DE LA FEMME ACCESSIBLE AUX MOYENS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT, Par le Dr **P. Wildt**, à Gera. (Extrait des *Arch. f. klin. chir.* de Langenbeck, XVIII, p. 167).

Le traitement chirurgical des maladies des cavités de l'organisme fermées par un appareil musculaire en forme d'anneau, comme le rectum et la vessie, présentait autrefois de grandes difficultés. La simple introduction du doigt comme moyen de diagnostic ou de traitement excite une contraction réflexe des sphincters si énergique, qu'elle cause un grand obstacle; qu'est-ce que cela doit être quand il s'agit d'élargir ces cavités assez pour y permettre une action opératoire? Le chloroforme a fait disparaître certains obstacles, la douleur et les contractions réflexes; toutefois pendant longtemps on ne se hasarda pas à élargir suffisamment ces cavités pour y faire agir des instruments, moins par la crainte d'enlever ou de diminuer la contractilité des sphincters et de causer une incontinence, que par le manque d'instruments appropriés à ce but. Pour ce qui regarde le rectum, l'instrument à trois branches de Weiss, analogue au spéculum vaginal de Paré, ne pouvait servir ni pour le diagnostic ni pour le traitement, car entre ses branches se fait une hernie de la muqueuse telle que pour l'œil explorateur et pour les instruments il ne reste plus un espace suffisant. Ce n'est que depuis que l'on a appliqué la méthode d'exploration rectale de Simon, qui a été faite, à la clinique de Heidelberg plusieurs centaines de fois, sans jamais produire d'incontinence des matières, que le sphincter a pu être élargi jusqu'à un diamètre de 8 centimètres sans lui

faire perdre son ressort, qu'on s'est décidé à introduire dans le rectum de gros instruments dilatateurs ; et maintenant on peut avec le spéculum de Sims et mieux avec la gouttière de Simon plus grande, et le spéculum plat du vagin, rendre la cavité rectale si accessible que les opérations plastiques les plus délicates ont pu être pratiquées avec succès sur la cloison recto-vaginale dans la clinique de Heidelberg (1).

La chose est plus difficile dans le canal de l'urèthre ; on ne trouve mentionné dans la littérature que quelques tentatives pratiquées dans le but d'élargir chez l'homme le canal pour éclairer le diagnostic ou faciliter la thérapeutique ; il faut y compter l'emploi de l'endoscope de Desormeaux. Dans les *Mitheilungen aus der chirurgischen Klinik* de Rostok (2) on trouve mentionné que Simon pour éviter l'uréthrotomie pour extraire des calculs rénaux qui avaient passé des uretères dans la vessie et qui s'étaient fixés dans le canal, les avait refoulés dans la vessie, avait dilaté le canal moyennant des cathéters de plus en plus gros qui restaient en place pendant quelque minutes, ce qui permit à ces calculs de sortir pendant la miction ; il s'agissait de calculs ayant le volume de noyaux de cerises et de noisettes. C'est là tout ce qui se trouve dans la littérature sur la dilatation du canal chez l'homme pratiquée dans un but diagnostique et thérapeutique (3) pour les affections de la vessie, et on se demande aussi si la structure de l'organe si peu favorable à une pareille action ne s'opposera pas à ce que de semblables tentatives soient plus fructueuses à l'avenir.

Chez la femme le canal se prête bien mieux aux tentatives de dilatation, cependant on ne fit aucune tentative et cela étonne d'autant plus qu'on trouve de nombreuses observations qui prouvent que le canal est susceptible d'une dilatation considérable. On doit y compter ces cas nombreux d'expulsion spontanée de calculs d'un gros volume.

Hyrtl raconte dans son *Lehrbuch der Anatomie der Menschen*, 1870,

---

(1) Nous renvoyons au travail original de G. Simon, ceux qui sont désireux de connaître cette méthode opératoire, qui a précédé celle-ci. Il se trouve dans *Arch. f. klin. chir.*, t. XV, p. 99.

(2) Th. I, p. 186 et suiv.

(3) *De la dilatation uréthrale* pour préparer à la lithotritie (Tr.)

p. 693, qu'il possède un calcul du diamètre de 18 mm., qui sortit spontanément par le canal. Bardeleben rappelle dans son *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre*, 5e édit., t. IV, p. 166, un cas de Vidal dans lequel un calcul de la grosseur d'une noix fut expulsé par le canal, et que lui-même possède un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon qui passa par la même voie. Enfin, dans ces derniers temps, Steph. Clogg a publié dans le *British med. Journal*, 1874, mai 2, p. 577, un cas dans lequel un calcul long de 2" 1/2, large de 1" 1/2 et ayant une circonférence de 3" 7/8, (le pied anglais est long de 30.479, le pied français mesure 32.484, suiv. l'Ann. du bur. des longit.), avec des douleurs expulsives considérables et que l'extraction put être achevée facilement et promptement avec la main. Il faut ajouter à ces cas ceux d'atrésie vaginale où la verge a pénétré dans la vessie pendant le coït et où cette pratique longtemps continuée, qui a dû exiger une dilatation considérable du canal, n'a point entraîné à sa suite d'incontinence d'urine. Hyrtl raconta un cas semblable dans l'ouvrage cité plus haut, p. 693. Szymanowski note trois cas analogues dans sa Chirurgie opératoire (p. 367), et mentionne encore un cas qui se trouve cité par Günther dans *Lehre von den blutigen Operationen.*

Malgré cela, jusqu'à ces derniers temps on ne trouve que des cas isolés où la dilatation du canal de l'urèthre de la femme a été entreprise dans un but diagnostic ou thérapeutique. Warner (1) cite une opération semblable : le doigt fut introduit avec peine dans le canal pour s'orienter sur le siége et la grosseur d'un fongus qu'il se proposait d'enlever. A cet effet il essaya de passer, moyennant une aiguille courbe, un fil sur la partie de la tumeur, qui dans les ténesmes violents proéminait au dehors afin d'attirer par ce moyen toute la tumeur; comme cet essai ne réussit pas, il se vit forcé de fendre le canal : la tumeur put alors être liée avec facilité. La malade doit avoir guéri complètement, mais on ne dit pas si l'incontinence d'urine a persisté on non. Il est probable que beaucoup de chirurgiens ont agi comme Warner dans des circonstances analogues sans avoir

(1) Bardeleben. Ouvr. cité. T. IV, p. 221.

voulu faire de ce procédé une méthode ; dans les cas où des corps étrangers ont été introduits dans la vessie la pensée de les faire sortir par la même voie a dû naturellement se présenter à l'esprit. S. Porter a publié dans le *Dublin quart. Journ. of med. science,* nov. 1863, le cas d'une jeune fille qui s'était introduit une aiguille à cheveux dans la vessie. P... dilata le canal pendant cinq jours avec l'éponge préparée, il introduisit le doigt dans la vessie et put extraire le corps étranger moyennant une pince. Ce sont là des cas isolés. Ch. Heath dans une leçon clinique intitulée : *On calculus in the female*, publiée dans le numéro du 11 avril 1874, recommande d'une manière générale la dilatation du canal qu'il pratique et donne son opinion, et le résultat de son expérience sur l'exploration digitale de la vessie à travers le canal dilaté. Son procédé consiste à introduire dans la vessie à travers le canal une sonde conductrice, à la déprimer et à introduire l'index, ou dans le cas de grande étroitesse, le petit doigt dans l'urèthre pour toucher la surface interne de la vessie; la malade doit avoir été chloroformée et placée dans la situation de la taille. Si l'introduction du petit doigt n'est pas possible, comme Heath l'a observé dans la contracture spasmodique de l'urèthre, il introduit dans le canal un dilatateur à deux branches, *two bladed dilator*, et élargit le canal par force, ce qui d'après son expérience ne cause jamais d'incontinence d'urine, et qui au contraire est regardé par lui comme le meilleur moyen de combattre la contracture. Par cette méthode Heath n'a pas diagnostiqué la présence de calculs qui dans une exploration antérieure lui auraient échappé, ni extrait de calcul volumineux moyennant les tenettes et la curette; il recommande spécialement et chaudement son procédé pour la recherche et l'extraction des corps étrangers qui selon lui donnent lieu plus souvent qu'on ne le croit à la formation de calculs.

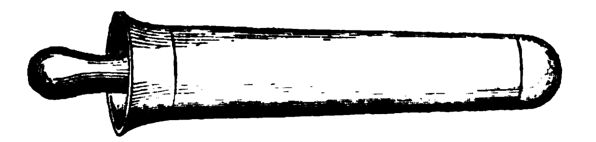
Dans la clinique chirurgicale de Heidelberg on a maintenant deux voies pour rendre la vessie accessible au diagnostic et au traitement.

1° La dilatation méthodique du canal après la section de l'orifice externe ;

2° La section de la cloison vésico-vaginale.

Je vais avec la permission bienveillante de M. le professeur Simon faire connaître la méthode usitée à sa clinique et ce que l'expérience a appris.

La première voie, la dilatation méthodique du canal, a été notablement modifiée et améliorée par M. le professeur Simon. Le mode opératoire suivi à la clinique de Heidelberg est le suivant : la malade dont la vessie doit être explorée, doit d'abord être chloroformée, attendu que l'opération est tellement douloureuse que sans l'anesthésie elle ne pourrait être supportée. On la place dans la position dorsale inclinée (*Steiss rückenlage*), adoptée pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, de façon à rendre les parties génitales externes très-accessibles. On procède ensuite à l'élargissement du canal en faisant dans le bord de l'orifice du canal (méat), des incisions et en employant des spéculums spéciaux (voy. fig. qui représente aux trois quarts de sa grandeur naturelle le n° 5), qui sont confectionnés en caout-



Représente le spéculum n° 5, aux trois quarts de sa grandeur.

chouc durci et munis d'un obturateur antérieur. La longueur du tuyau est de 6 cent. 1/2; celle de l'obturateur 8 cent. 1/2. On en a de sept numéros différents. Le n° 1 a un diamètre de 9mm.; n° 2, 11mm.; n° 3, 13mm.; n° 4, 15mm.; n° 5, 17mm.; n° 6, 19mm.; n° 7, 2 cent. (1). Le n° 1, qui correspond au cathéter n° 27 de la filière Charrière, est bien huilé et muni de son obturateur, qui facilite beaucoup l'introduction; il est introduit dans le canal par de légers mouvements de rotation, sans faire d'efforts et poussé jusqu'à sa partie inférieure; on le retire ensuite et on introduit le n° supérieur, ainsi jusqu'au n° 7. Ordinairement le bord de la muqueuse de l'orifice du canal est tellement

(1) On en trouve chez Dröll, f. d'instr. de chir. à Mannheim.

tendu que l'introduction en est rendue difficile et que l'emploi de spéculum plus épais est impossible. Il faut, en général, fendre ce bord tendu, en faisant en haut et en bas, à droite et à gauche de petites incisions de 1/4 à 1/2 centimètre de profondeur. Ces incisions n'entraînent pas le moindre inconvénient et rendent possible de la manière la plus surprenante l'introduction des spéculums les plus gros et du doigt. Ces incisions ont pour effet de fendre la muqueuse de l'orifice qui est dure et inextensible, elles atteignent à peine quelques fibres musculaires et n'ont aucune influence sur la continence de l'urine (1); mais elles évitent les tractions et déchirures violentes du canal qui se produiront presque toujours si elles ne sont pas pratiquées. Quand on ne retire pas le spéculum, mais seulement l'obturateur, la paroi postérieure de la vessie, après l'écoulement de l'urine vient s'appliquer sur la lumière du spéculum et en l'inclinant successivement dans plusieurs directions, on peut à la faveur d'un éclairage convenable passer en revue une grande partie de la muqueuse vésicale, en tout cas bien mieux que la muqueuse vésicale de l'homme moyennant l'endoscope de Desormeaux.

Quand on a par l'introduction du spéculum nº 7 élargi le canal jusqu'au diamètre de 2 centimètres, il est facile d'introduire l'index même s'il est gros et de toucher la plus grande partie de la muqueuse vésicale qui naturellement s'est contractée après l'écoulement de l'urine. Il y a un grand avantage d'introduire en même temps le médius dans le vagin; de cette façon le bord de l'orifice du canal s'applique dans la lacune qui existe entre les deux doigts; la main pénètre plus avant dans la vulve, et l'index plus profondément dans la vessie que quand le médius est replié dans la paume de la main. L'exploration des parois vésicales supérieures est rendue plus facile, quand avec la main qui est libre on presse à travers les parois abdominales la partie supérieure de la vessie contre le doigt explorateur.

(1) Ce rétrécissement de l'orifice externe, analogue à celui du méat du canal de l'homme, a pour effet d'assurer un jet considérable au flot de liquide expulsé ; c'est l'analogue de l'embout rétréci des jets d'eau et des lances de pompes à incendie, et produit le même effet physique.

Ce mode d'exploration a été employé plus de cinquante fois (1) à la clinique chirurgicale de Heidelberg, sans que jamais il en soit résulté de l'incontinence d'urine, quoique la vessie ait été touchée quelquefois par une douzaine de doigts. Presque toujours les patientes furent en état immédiatement après l'exploration de retenir 500 grammes d'eau qui avait été injectée, sans en perdre une goutte par le canal. Dans trois cas cités plus bas on avait introduit un instrument à côté du doigt et opéré pendant une heure, sauf quelques légers intervalles, sans qu'après les séances il y ait eu la moindre incontinence.

La méthode que nous venons de décrire est pour l'exploration d'un très-grand avantage et un progrès notable, attendu qu'elle donne en quelques minutes et d'une manière inoffensive, même dans les cas où le canal est très-retréci, ce que Porter n'avait obtenu qu'au bout de cinq jours. Elle est préférable à la méthode de Heath, car les incisions de l'orifice permettent l'introduction du plus gros spéculum, et après lui du doigt, dans tous les cas, sans occasionner de contusion, ni de déchirures, car le procédé de Heath ne donnait dans beaucoup de cas une dilatation qu'avec des lésions du canal; aussi Heath n'a-t-il pas poussé la dilatation si loin que Simon qui avec le doigt introduit encore des instruments.

Quant à ce qui regarde les indications de l'emploi de cette méthode d'exploration digitale, on peut dire qu'elle se trouve posée dans toutes les maladies de la vessie, chez la femme, et que son emploi peut être fructueux. Quant au diagnostic, dans beaucoup de cas il devient décisif, car bien que le cathéter soit un instrument précieux pour le diagnostic, il y a un grand nombre de cas où l'on n'arrive pas au but avec lui. De petits calculs, de petits corps étrangers dans le sens propre du mot peuvent échapper au cathéter, même dans une exploration minutieuse, comme le dit Heath dans le passage cité plus haut. De grands calculs situés dans un diverticulum d'une vessie à

(1) Ces explorations ont été faites, non-seulement dans un but de diagnostic et de traitement, mais comme exercice et démonstration, tellement le professeur Simon est convaincu de leur parfaite innocuité.

colonnes, recouverts en partie par du mucus ou du pus, peuvent ne pas donner le son caractéristique au contact que produisent le calcul et le cathéter à leur contact; enfin les saillies musculaires dures couvertes de dépôts de phosphate ammoniaco-magnésien d'une vessie à colonnes peuvent, au contact avec le cathéter, donner la sensation d'un calcul. Toutes ces causes d'erreur ne sont plus possibles, quand après l'élargissement préalable du canal on peut toucher avec le doigt. Tout diverticulum, toute végétation, tout néoplasme de la surface vésicale peuvent être sentis directement, et les calculs appréciés avec la plus grande exactitude dans leur volume et leur forme. Le spéculum vésical peut rendre accessible à la vue, comme nous l'avons dit plus haut, une grande partie de la muqueuse vésicale, de sorte qu'on peut savoir directement si un catarrhe vésical produira ou non un abcès, etc.; la partie antérieure et les parties les plus élevées des côtés de la vessie qu'on ne peut pas déprimer, sont inaccessibles à la palpation et à la vue.

Les avantages de cette nouvelle méthode ne sont pas moins considérables pour la thérapeutique que pour le diagnostic. Quand un corps étranger a été introduit dans la vessie, il n'y aura rien de mieux à faire que d'élargir le canal, d'introduire l'indicateur, à côté de celui-ci une pince à polype fine, de presser le corps étranger contre elle pour l'engager dans le mors, de retirer le doigt et après lui la pince avec le corps étranger. On peut en agir ainsi avec les calculs, et comme le canal peut subir une dilatation de 2 centimètres de diamètre, il est facile de voir que des calculs déjà volumineux peuvent être ainsi facilement extraits. De plus volumineuses concrétions peuvent être divisées au moyen des instruments lithotriteurs, et il n'est pas nécessaire de les réduire en fragments aussi petits que chez l'homme, puisque des fragments de 2 centimètres peuvent passer. Une section à travers toute la muqueuse du canal et la couche musculaire de la vessie, comme quelques opérateurs l'ont pratiquée pour faire la lithotritie, doit être complètement rejetée d'après les faits observés à la clinique de Heidelberg, où de grandes concrétions ont pu être extraites moyennant la lithotritie, sans avoir recours à ces sections. La

taille, chez la femme, ne sera plus à l'avenir que très-rarement pratiquée, elle ne sera indiquée que quand les calculs auront acquis un volume extraordinaire, quand la vessie sera devenue tellement irritable, que toute manipulation avec les instruments dans sa cavité paraîtra contre-indiquée.

Un traitement local énergique pourra être appliqué au catarrhe vésical à la suite de la dilatation du canal, et c'est Heath qui, le premier, en a eu l'idée. Ce chirurgien élargit le canal avec la sonde et le doigt, glisse dans le canal un spéculum qui diffère de celui décrit plus haut en ce qu'il n'est pas muni d'un obturateur et en ce qu'il est coupé en bec de flûte à son extrémité ; quand il a été introduit dans la vessie, on passe à travers la cavité un pinceau chargé d'un solution concentrée de nitrate d'argent (1 sur 4 d'eau dist.) et on badigeonne la muqueuse qu'on peut atteindre. Cette opération doit être faite pendant l'anesthésie, car elle est très-douloureuse. Ce traitement a aussi été essayé contre le catarrhe chronique à la clinique de Heidelberg (voir plus bas l'histoire de Catherine Geissler). L'élargissement du canal qui, dans ces cas, dut n'être que peu considérable puisqu'il ne faut passer qu'un pinceau, fut pratiqué avec le spéculum décrit par nous, qui s'introduit plus facilement que le spéculum de Heath coupé obliquement et non garni d'obturateur.

La dilatation du canal et la palpation digitale consécutive sont surtout d'une grande utilité dans le diagnostic et le traitement des pseudoplasmes de la muqueuse. Une semblable tumeur n'échappera pas au doigt explorateur, tandis que le cathéter peut ne pas la reconnaître aussi longtemps qu'il n'est pas encroûté de sels calcaires. Si bien qu'une affection pareille qui entraîne comme conséquence un catarrhe vésical peut n'être pendant longtemps traitée que comme un catarrhe simple, sans succès, tandis que la nouvelle méthode conduit rapidement à un diagnostic précis et dans la voie du traitement efficace : l'enlèvement du néoplasme par le canal élargi ou une autre méthode indiquée plus loin.

Pour l'intelligence plus complète de ce qui vient d'être exposé nous avons cru devoir ajouter les faits cliniques suivants :

I. — En 1869, une femme de 70 ans éprouva des douleurs vésicales très-vives; elle souffrait d'un ténesme vésical insupportable, de douleurs en urinant, et perdait une grande quantité de sang avec les urines. L'urine était ammoniacale, avec un sédiment ammoniaco-magnésien. Dans la supposition que la vessie renfermait un calcul, on introduisit un lithotriteur qui ne trouva pas de calcul, mais une élévation sur le trigone de Lieutaud, qui, à plusieurs places, présentait des rugosités. Tout attouchement de cette partie qu'on ne pouvait éviter causait des douleurs et des saignements abondants. On admit l'existence d'un pseudoplasme vésical et, comme à cette époque les spéculums dilatateurs n'avaient pas encore été inventés, on dilata le canal moyennant une pince à pansement, de façon à pouvoir introduire le doigt. Celui-ci trouva en arrière du canal une tumeur dont le pédicule pouvait avoir la grosseur d'une pièce de 5 groschen, qui se composait de villosités nombreuses, qui par places étaient incrustées. Moyennant une pince à pansement fine, on fit la torsion des parties saillantes, et la surface malade fut raclée avec un cuiller tranchante.

L'hémorrhagie fut assez considérable, mais toutefois pas inquiétante. L'opération fut relativement facile à exécuter, puisque les contractions de la vessie eurent pour effet de rapprocher le trigone du doigt. La réaction fut insignifiante, quoique la lésion vésicale dût avoir été importante. Déjà, le quatrième jour, la malade put se lever. Aujourd'hui, après cinq ans, elle se porte bien. Elle habite à Heidelberg

II.—Une dame russe, d'une quarantaine d'années, souffrait considérablement de la vessie, éprouvait du ténesme et des contractions spasmodiques; l'urine était ammoniacale et souvent mêlée à du sang. Elle fut traitée pendant longtemps pour un simple catarrhe vésical, jusqu'au moment où des médecins de Saint-Pétersbourg sentirent avec le doigt une tumeur dans la vessie, après avoir rendu le canal perméable par la dilatation. Moyennant des pinces, ils arrachèrent de petites portions de la tumeur en différentes séances. Comme le soulagement que la malade en éprouva ne fut que de courte durée, elle vint à Heidelberg, deux ans après la découverte de la tumeur.

Le 14 août 1874, on dilata le canal de l'urèthre, et on constata que les deux tiers de la cavité vésicale étaient remplis par un peudoplasme. Ces végétations furent grattées avec des cuillers tranchantes tant bien que mal, et on en fit sortir une très-grande quantité. Dans l'espace de cinq quarts d'heure, la cuiller fut introduite au moins vingt fois, et la rugination de la veine fut pratiquée sous le contrôle du doigt. Pendant l'opération, survint une hémorrhagie assez considérable; la réaction qui suivit fut peu intense. La malade n'éprouva

que peu de douleur, et la continence de l'urine resta complète. Chaque jour, on injecta de l'eau tiède dans la vessie : bientôt l'urine redevint acide, et la malade put se lever, le cinquième jour. On répéta l'opération le 28 avril, moyennant des pinces en forme de S, construites spécialement pour ce cas, et on fit l'extraction de portions encore considérables de tumeur. Huit semaines après la première opération, au moment où la malade quittait Heidelberg, on ne trouva plus de végétations papillaires, mais des surfaces inégales, plus dures, et recouvertes de muqueuse à la place où avaient existé les végétations. L'urine était acide ; les douleurs vésicales avaient totalement disparu. La malade pouvait garder les urines pendant cinq heures sans éprouver de besoin d'uriner. L'état général était parfait.

III.—Christine Brunner, âgée de 44 ans, née à Heidelberg, laveuse, fut toujours bien portante, sauf un abaissement utérin qui se produisit à l'âge de 20 ans, à la suite d'un accouchement, et qui, à l'âge de 33 ans, à la suite d'un nouvel accouchement, devint une descente qui fut contenue sans incommodité, moyennant un pessaire.

Depuis carnaval 1874, elle souffre de douleurs vésicales intenses, d'un ténesme perpétuel et de douleurs vives en urinant. Le 4 mai, on constate chez la malade un état général satisfaisant, un état normal des organes thoraciques. A l'examen des organes génitaux, on trouve la fente vulvaire agrandie et une saillie de la paroi vaginale postérieure (rectocèle vaginale) ; l'utérus est un peu abaissé, l'orifice externe entr'ouvert ; les lèvres du col, la postérieure surtout, fortement hypertrophiées.

L'orifice du canal de l'urèthre est rouge ; il s'en écoule continuellement de l'urine ammoniacale fétide. L'exploration moyennant le cathéter, qui est douloureuse, n'apprend rien. La malade se plaint surtout d'un ténesme vésical qui lui impose, puisque l'urine ne s'écoule que goutte à goutte, d'être assise continuellement sur le bassin. Du 4 mai au 30 juin, on fit à la malade des injections dans la vessie, d'abord avec de l'eau tiède, plus tard avec de l'eau de puits. Sous l'influence de ce traitement, l'état de la malade s'améliora sensiblement : la malade put contenir l'urine pendant une heure. Dès le 13 mai, elle eut une réaction acide, renfermant pourtant encore quelques globules purulents, des cellules épithéliales de la muqueuse vésicale, et, après filtration, l'urine renfermait un peu d'albumine. A la fin de mai, l'état de la malade s'empira ; malgré des injections renfermant une solution de tannin de 2 pour 100, il n'y eut pas d'amélioration régulière. L'administration des narcotiques devint nécessaire. Cette aggravation motiva le passage de la malade de la polyclinique dans le service de la clinique chirurgicale, le 1er juillet 1874. Le même jour, on procéda à la dilatation du canal et à l'exploration

digitale. Le doigt explorateur trouva, dans toutes les parties qu'il put atteindre, des élévations résistantes, verruqueuses. En présence de ce néoplasme d'un caractère papillaire sur la muqueuse vésicale, on fit avec une cuiller tranchante, construite à cet effet et se distinguant des autres instruments analogues par une courbure à angle droit à son extrémité, un raclage pour enlever le plus possible. Il survint une hémorrhagie notable : on fit des injections d'eau pour l'arrêter ; mais comme rien ne sortait par le cathéter, dont les yeux étaient obstrués par des caillots, on introduisit le cathéter n° 6, à travers lequel ils sortirent avec facilité avec l'eau injectée. On voit que les spéculums peuvent devenir utiles dans les hémorrhagies vésicales. La malade se trouva assez bien après l'opération, et maintenant (milieu du mois d'août 1874) son état est sensiblement amélioré. Il est probable que dans peu de temps une nouvelle opération deviendra nécessaire, et, en présence de l'extension de la maladie, on se propose de faire dans la paroi vésico-vaginale une fente, pour permettre à la muqueuse vésicale de se renverser, afin de devenir accessible à la vue.

IV. — Enfin, qu'il me soit permis de relater encore une observation recueillie à la clinique de Heidelberg, qui offre un vif intérêt en raison du résultat heureux qui a été obtenu. La femme Rachel Behrmann, de Kowno (gouvernement de Kowno, Russie), âgée de 29 ans et mariée depuis treize ans, accoucha facilement deux fois. Sa dernière couche, qui eut lieu il y a trois ans, fut très-difficile; elle dura quatre jours après l'écoulement des eaux. L'enfant vint mort au monde. Elle ne fut assistée par aucune personne instruite. Pendant ses couches, elle tomba gravement malade, et il se montra un écoulement involontaire des urines. Après la guérison de son état puerpéral, elle se rendit en Allemagne, pour chercher à être guérie de son incontinence d'urine. Elle fut opérée sept fois. La première fois on avait tenté la réunion des bords de la fistule ; comme cette réunion n'avait pas réussi, les six autres fois on tenta l'oblitération du vagin dans la région du canal. On réussit, sauf un petit pertuis à gauche. Au printemps 1874, la malade arriva à Heidelberg, pour chercher une guérison complète et obtenir, si cela était possible, le rétablissement du vagin. Afin d'avoir une idée exacte de la lésion primitive du vagin, et puisque en raison de l'oblitération vaginale l'examen par cette voie n'était pas possible, on pratiqua la dilatation du canal, pour explorer par la vessie. On trouva une fistule, assez petite, située très-haut, près de la matrice; entre elle et l'atrésie vaginale produite par l'opération se trouvait une portion notable de la cloison vésico-vaginale et tout le canal. En conséquence, M. Simon incisa l'atrésie, le 17 juin 1874, et réunit les bords de la fistule primitive, moyennant trois points de suture. Elle avait une longueur de 15 millimètres sur une largeur de 2 millimètres et demi. La guérison fut complète. Les

vœux de la malade étaient comblés. Le vagin avait à peu près la longueur normale, et la malade, une israélite russe, qui voyait imminent pour elle le divorce, que le mari demandait et allait obtenir, fut reprise par son mari.

La deuxième voie ouverte à la clinique chirurgicale de Heidelberg, pour rendre accessible la vessie de la femme, consiste dans la section de la cloison vésico-vaginale qui n'a jamais été pratiquée dans un but diagnostique, mais pour extraire un calcul, ou guérir un catarrhe vésical chronique. A ces deux indications vient s'en ajouter une troisième, très-importante : l'extirpation des tumeurs vésicales. On a reculé jusque dans ces derniers temps devant l'incision de la cloison vésico-vaginale, dans la crainte de voir subsister une fistule vésico-vaginale qu'on regardait comme incurable ; d'après ce que nous avons dit plus haut, cette opération doit être réservée pour les cas extrêmes. En ce moment la guérison d'une fistule vésico-vaginale est tellement sûre (1) que pour pratiquer la taille chez la femme on ne suivra que la voie vaginale. Elle a une innocuité complète, par elle peuvent être extraits les calcules les plus volumineux, qui au besoin pourront être préalablement fragmentés, sans que le danger d'une fistule persistante puisse être pris en considération ; car d'une part la section guérit sûrement après l'opération, d'autre part une fistule qui subsisterait serait facile à oblitérer. A la clinique de Heidelberg cette taille n'a pas été pratiquée, par manque d'occasion, mais le professeur Simon a pratiqué une opération bien plus difficile pour une perte de substance suite d'une perforation ulcérative opérée dans la cloison, chez un enfant de 8 ans, par un calcul pesant 45 grammes. Malgré les difficultés inhérentes à ce cas, la guérison fut obtenue complète après plusieurs opérations (2).

L'incision de la cloison vésico-vaginale dans le but de guérir un catarrhe vésical chronique a été pratiquée dans ces derniers temps par Simpson, puis par plusieurs chirurgiens américains

(1) Le professeur Simon a opéré environ 250 fistules qui ont été guéries sauf de très-rares exceptions.

(2) Archiv v. Laugenb., XII, 573, avec 3 grav. sur bois.

et allemands, entre autres trois fois par le professeur Hegar de Fribourg-en-Brisgaw (1).

La formation d'une fistule vésico-vaginale doit avoir pour effet de guérir un catarrhe vésical chronique et la suppuration de la muqueuse, en permettant l'écoulement immédiat de l'urine hors de la vessie. On voulait éviter de cette façon que l'urine qui subit une décomposition ammoniacale et qui acquiert des propriétés irritantes ne stagne dans la vessie, n'active l'état inflammatoire et ne produise des hémorrhagies.

L'utilité de cette méthode n'est pas suffisamment constatée d'après les faits observée à la clinique de Heidelberg. Le professeur Simon m'a dit que déjà à Rostock, il avait pratiqué une fistule vésico-vaginale pour guérir un catarrhe vésical rebelle. Chez cette malade les reins étaient devenus malades secondairement, elle était tombée dans un état de dépression fort grave, et, malgré des injections vésicales journalières avec de l'eau tiède additionnée d'hypermanganate de potasse, le catarrhe ne guérit point, l'urine resta alcaline, et la malade succomba dans le marasme. A l'autopsie, on trouva une cystite très-intense et une double pyélite suppurée.

On ne pratiquera la section de la cloison vésico-vaginale dans un but simplement diagnostique que dans les cas où l'on a quelque fondement de croire que le siége de la maladie existe dans les régions les plus élevées de la vessie, ou du moins s'étend jusque-là, car le doigt explorateur ne peut pénétrer jusque-là dans l'exploration bimanuelle, même quand la main appliquée sur l'abdomen exerce des pressions sur la partie supérieure de la vessie, dans la direction du doigt explorateur. Le sommet de la vessie peut être touché, mais pas les parties latérales, comme cela a été dit plus haut, même avec les précautions que nous avons indiquées.

Dans des cas semblables l'incision de la paroi vésico-vaginale est un moyen qui conduit d'une manière sûre au diagnostic et au traitement. L'incision diagnostique commence au-dessus de l'orifice supérieur du canal de l'urèthre et s'étend sur la ligne

(1) Operat. Gynescol 1874. 452.

médiane jusqu'au col ; à travers cette incision ou peut pénétrer très-facilement dans la vessie avec deux doigts et toucher commodément tous les points même les plus reculés, de la surface interne, pendant qu'on déprime la paroi abdominale avec l'autre main. Le professeur Simon donne à l'incision une direction d'avant en arrière parce qu'on évite les uretères et parce que la réunion de l'incision se fait mieux que quand la plaie est transversale ; à la suite de l'incision d'avant en arrière on peut mieux saisir avec des crochets la muqueuse vésicale, pour l'attirer et la rendre en partie accessible à la vue.

Si on ne trouve pas ainsi une tumenr papillaire, qui peut occuper les parties les plus élevées des côtés, on peut, en faisant au niveau de l'extrémité antérieure de cette incision une autre incision transversale qui forme un T, obtenir par la pression sur les parois abdominales, un renversement de la muqueuse vésicale dans le vagin, et non-seulement palper mais voir la presque totalité de la vessie. Une incision transversale de 3 à 4 centimètres avec une incision longitudinale de 2 centimètres suffisent au renversement de la vessie dans le vagin. Bien que ces incisions n'aient pas encore été faites sur le vivant, les nombreuses expérimentations sur le cadavre ont permis de constater que la plus grande partie de la vessie devient accessible à la vue, et la totalité de la muqueuse aux doigts explorateurs, et avec quelle facilité aurait pu être enlevé, avec la cuiller ou les ciseaux, un pseudo-plasmas qui siégerait, sur les parties les plus élevées des côtés de la vessie, et qui n'aurait pas été accessible par le canal élargi. Ces résultats ont pu être constatés aussi sur le vivant bien, qu'indirectement. Dans les pertes de substance de la paroi vaginale, qu'on a eu occasion d'observer à la clinique chirurgicale de Heidelberg, M. le professeur Simon a remarqué que la hernie vésicale à travers cette perte de substance, qui s'étend quelquefois jusqu'aux parties génitales externes, dépend moins de la grandeur de la perte de substance que de son extension en largeur; M. le professeur Simon a souvent remarqué que les pertes de substance en largeur permettent le renversement de la vessie quand bien même elle n'a en longueur que quelques centimètres.

Après la taille, qnand on n'a à traiter que l'affection calculeuse, opération qui peut se faire en une séance, ainsi que pour l'extraction d'un corps étranger, situé très-haut, on s'empresse de fermer immédiatement la plaie ; si on a une autre action opératoire à exercer, on maintient naturellement la plaie ouverte, et on ne ferme la fistule que quand on a terminé.

Qu'il me soit permis de donner l'histoire complète d'une malade qui a été traitée à la clinique de Heidelberg, par l'incision de la cloison vésico-vaginale, pour un catarrhe vésical très-grave (c'est cette malade chez laquelle Heath avait pratiqué, la cautérisation de la muqueuse vésicale moyennant une solution concentrée de nitrate d'argent).

Catherine Geissler, âgée de 24 ans, entra à la Clinique le 4 juin 1872. Elle dit que depuis trois ans elle souffre de la vessie, qu'elle éprouve une envie d'uriner continuelle, des douleurs très-vives et du ténesme vésical. A l'examen, on trouve les parties génitales à l'état normal, l'orifice externe du canal rouge. L'examen par la sonde qui fut fait sans chloroforme n'eut d'autre résultat que de causer de vives douleurs. L'urine était neutre, avait une odeur fétide, renfermait beaucoup de mucus et de pus. On fit des injections d'eau tiède dans la vessie sans résultat. La malade pouvait si peu retenir les urines que son état ne différait pas de celui des malades atteintes d'incontinence complète.

Le 30 juillet 1872, on fit dans la cloison vésico-vaginale, une incision de 3 centimètres dirigée d'avant en arrière, commençant au-dessus de l'orifice supérieur du canal. Il survint un écoulement de sang abondant, qui fut arrêté par des injections d'eau froide. Chaque jour on fit des injections d'eau tiède dans la vessie à travers la plaie vaginale. Une réaction très-vive suivit l'opération, la température monta à 39°, les bords de l'incision se gonflèrent tellement que l'eau injectée, sortait par le canal et non par la plaie. La malade éprouva des douleurs vives, le catarrhe vésical devint plus grave et l'urine devint ammoniacale. Ce n'est qu'en octobre 1872, que l'urine s'écoula par la fistule, et depuis ce temps, l'état de la malade s'améliora sensiblement sous l'influence d'injections vésicales faites chaque jour. Les douleurs et le ténesme cessèrent dans le milieu de janvier 1873, l'urine était devenue claire et acide, et le 19 janvier on ferma la fistule. La guérison fut obtenue, et pendant trois semaines tout alla bien, la malade pouvait garder l'urine pendant une heure, mais peu après, son état s'empira beaucoup et au bout de quelques semaines il fut aussi mauvais qu'autrefois. Au milieu de mai 1873, on fit le badi-

geonnage de la vessie avec une solution concentrée de nitrate d'argent d'après la méthode de Heath. Après le premier badigeonnage la malade épouva de violentes douleurs, de la céphalalgie et de la fièvre, l'urine devint acide. Les cautérisations furent pratiquées tous les huit, quatorze jours, et après 8, 10 cautérisations, l'état de la malade s'était considérablement amélioré. Pendant la nuit elle pouvait garder son urine pendant une heure, un peu moins longtemps pendant le jour. Déjà le 26 janvier 1874, elle rentra à l'hôpital, ses souffrances étaient de nouveau devenues très-vives, et, comme cette fois les cautérisations furent sans résultat, on pratiqua, le 26 février, une fistule ayant la même direction que la première fois, mais s'étendant cette fois jusqu'au col, si bien qu'on pouvait pénétrer dans la vessie avec trois doigts. On donna à l'incision une étendue aussi considérable afin d'assurer l'écoulement complet de l'urine et de pouvoir examiner l'organe de la manière la plus complète. Cet examen fut entrepris suivant le mode décrit plus haut, mais nulle part on ne trouva de végétations papillaires ou des ulcérations. Après l'opération la malade souffrit beaucoup de ténesme vésical, et le troisième jour il se fit, par la partie postérieure de la plaie, une hémorrhagie abondante. Pour l'arrêter, le Dr Schädel, assistant, appliqua cinq sutures. Les bords de la plaie réunis guérirent en grande partie, la fistule fut sensiblement rétrécie, toutefois l'urine s'écoula en totalité par la fistule. Au bout de quinze jours la cicatrice fut fendue de nouveau et on donna à la plaie son étendue première. Tous les huit, quinze jours, la muqueuse fut cautérisée suivant la méthode de Heath et l'état de la malade s'améliora tellement qu'on put, à la fin de mai, songer à fermer la fistule. Celle-ci guérit complètement. La malade a de bons et de mauvais jours. L'urine reste acide, le ténesme n'est plus assez intense pour mouiller la malade, mais elle est obligée d'uriner toutes les heures et le repos de la nuit est troublé. Il n'est point hors de doute, que le catarrhe ne reviendra pas avec sa gravité première.

D'après les enseignements que donne cette observation on ne fera l'incision vésico-vaginale, dans le catarrhe vésical chronique, que si tous les moyens restent sans effet; mais on donnera à l'incision la dimension que le professeur Simon lui a donnée pour assurer l'écoulement complet de l'urine, pour qu'elle ne puisse stagner nulle part (1).

---

(1) Dans la clinique d'Heidelberg, on eut occasion d'observer un cas provenant de la clinique du professeur Hegar, à Fribourg ; on avait pratiqué une fistule vésico-vaginale pour un catarrhe vésical et une pyélite calculeuse des

Pour terminer je me permets d'exprimer à M. le professeur Simon, conseiller aulique, ma vive gratitude pour avoir bien voulu me confier ses observations et me prêter pour ce travail son appui si cordial.

NOTE SUR DES APPARENCES DE GROSSESSE OBSERVÉES CHEZ DE TRÈS-JEUNES FILLES A LA SUITE DE RAPPROCHEMENTS SEXUELS.

Par le Dr Georges Bergeron,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il n'est point très-rare de voir des petites filles, n'ayant pas treize ans, devenir enceintes à la suite d'attentats à la pudeur. Le fait d'une grossesse survenue chez une très-jeune fille, par les conséquences qu'elle peut avoir relativement à la santé et même à la vie de l'enfant, ajoute encore à la gravité du crime et à la sévérité du châtiment. Il importe donc que le médecin légiste appelé à se prononcer sur l'existence ou la non-existence d'une grossesse, se préoccupe des difficultés que peut présenter, dans ces circonstances toutes spéciales, le diagnostic de la grossesse.

Rappelons d'abord un fait que tous les accoucheurs connaissent pour l'avoir souvent observé : chez des femmes récemment mariées et jusqu'alors bien réglées, les règles peuvent cesser pendant plusieurs mois. Cette suppression, résultat probable de l'irritation ou du trouble produit dans les organes génitaux par les premières approches conjugales, fait croire à une grossesse; elle est souvent accompagnée d'une augmentation de volume du ventre, d'une sensibilité plus grande des glandes mammaires (Cazeaux).

Chez de très-jeunes filles qui ne sont réglées que depuis un à deux mois ou ne sont pas encore réglées, l'irritation que doivent produire, dans les organes, des rapprochements sexuels prématurés, peut donner lieu à des accidents analogues. Pen-

---

deux côtés. La fistule était si petite qu'elle ne pouvait assurer un écoulement libre de l'urine pour éviter la décomposition ammoniacale ; le but n'avait donc été atteint qu'en partie.

dant plusieurs mois, la jeune fille présente tous les signes d'une grossesse, et, après six ou sept mois, quelquefois plus tard encore, tous les accidents cessent; les règles reparaissent.

Sur sept cas de gonflement du ventre avec suppression des règles survenus chez de très-jeunes filles de douze, treize et quatorze ans, quatre fois il y a eu grossesse. Dans trois cas, nous avons vu les accidents cesser et disparaître après plusieurs mois, et cependant il y avait eu tous les signes probables d'une grossesse.

Obs. I. — En novembre 1868, nous avons, en vertu d'une ordonnance de M. Douet d'Arcq, juge d'instruction, visité deux filles, Louise et Juliette D..., qui avaient été victimes d'attentats à la pudeur de la part de leur père. L'aînée avait 13 ans et demi; la plus jeune, 10 ans.

L'aînée, Louise, assez grande, bien développée, avait le ventre dur et saillant; elle avait été réglée, pour la première fois, au mois de mai de la même année; c'était au mois de juin qu'avaient eu lieu les rapprochements sexuels; les règles avaient reparu en juillet, puis avaient cessé à partir du 6 juillet; le ventre avait commencé à grossir dès cette époque.

Nous avons constaté, par le toucher, que la défloration était complète; *le col était mou*, un peu rouge. On ne percevait point de ballottement. *La jeune fille disait sentir des mouvements dans le ventre depuis environ trois semaines.* Il n'y avait point de ligne brune; les seins étaient assez développés et l'aréole était brunâtre; il n'y avait point de sécrétion.

On ne percevait ni le souffle utéro-placentaire, ni les battements du cœur du fœtus.

Dans ces circonstances, la grossesse ne pouvait être affirmée.

L'instruction de cette affaire fut longue, et la comparution de l'inculpé devant les assises n'eut lieu qu'au mois de mars 1869. La jeune fille, qui, si elle avait été enceinte, aurait dû être au terme de sa grossesse, avait le ventre moins saillant; les règles avaient reparu en décembre; *il n'y avait pas eu grossesse.*

Obs. II. — Au mois de septembre 1871, uue fille, Joséphiue Sch..., âgée de 13 ans, qui servait chez un médecin, dans la banlieue de Paris, fit au commissaire de police la déclaration suivante : Quelques mois auparavant, servant comme petite bonne chez un logeur du même pays, elle avait été victime d'attentats réitérés de la part de plusieurs ouvriers qui prenaient leurs repas dans cette maison. Le maître chez lequel elle servait avait été étonné de la saillie du ventre

de cette très-jeune fille; la considérant comme enceinte, il l'avait fait conduire chez le commissaire de police, qui reçut sa déclaration.

Cette petite fille avait été réglée trois mois avant le moment où s'étaient passés les actes dont elle avait été victime (elle n'avait pas encore 13 ans); depuis le mois de juillet, les règles n'avaient pas reparu.

Le ventre était très-saillant et pointait en avant; l'enfant était gênée dans sa marche, les seins étaient développés, et l'aréole, brunâtre, était couverte de boutons. Par le toucher et l'examen au spéculum, on ne constatait rien au col. La défloration était complète.

L'enfant ne sentait aucun mouvement dans le ventre. On ne percevait ni ballottement, ni battement du cœur du fœtus, ni souffle utéro-placentaire. Mais si cette jeune fille était enceinte, elle ne devait être qu'au quatrième ou cinquième mois de sa grossesse; à cette époque, ces signes certains de la grossesse ne sont point encore perceptibles.

On devait donc rester dans le doute... Pendant l'instruction de cette affaire, cette fille fut mise dans un asile ou patronage, où on la garda pendant plusieurs mois. Les règles reparurent vers le mois de mars. *Il n'y avait pas eu grossesse.*

Obs. III. — En vertu d'un réquisitoire du procureur de la République, nous avons, en avril de cette année, visité une jeune fille du nom de Constance D... Elle était âgée de 13 ans et 5 mois, et disait avoir été victime d'attentats à la pudeur, plusieurs fois répétés depuis les derniers mois de l'année précédente jusqu'au mois de mars de la présente année.

Cette petite fille était peu développée; les organes avaient gardé la trace de nombreuses tentatives de rapprochements sexuels, sans qu'il y eût cependant défloration complète. Elle n'était pas encore réglée.

Le ventre était tendu, saillant en avant, très-développé. *Il y avait une ligne brune très-apparente.* Les seins étaient fermes, durs, et l'aréole était large et brunâtre.

La jeune fille ne sentait aucun mouvement dans le ventre. On ne percevait ni souffle utéro-placentaire, ni bruits du fœtus. Les parents qui nous l'ont amenée la croyaient enceinte de cinq à six mois; tous les mois, et vers la même époque, depuis quatre mois, elle avait des migraines, des nausées, qui venaient après deux ou trois jours. Les règles ont apparu peu abondantes au mois de septembre; depuis cette époque, cette enfant est bien réglée. Le gonflement du ventre a disparu.

En résumé, il n'y a point de signes certains de la grossesse autre que la constatation des battements du cœur du fœtus. Le bruit de souffle utérin ne peut être perçu chez toutes les fem-

mes et peut exister en dehors de la grossesse. On indique d'abord *la saillie du ventre qui proémine en avant tandis que les côtes paraissent aplaties;* tel était l'état du ventre dans nos trois observations. On signale ensuite *l'enfoncement de la dépression ombilicale*, il existait dans les trois cas; *la suppression des règles*, dans les trois cas également. *Les nausées, les vomissements;* on les a notés dans l'observation III. Il est vrai que ces accidents ne survenaient que chaque mois régulièrement et pendant deux ou trois jours.

Le *ramollissement du col* est considéré par les auteurs comme un fait capital (Cazeaux); il existait dans un cas (obs. I).

Chez les primipares, l'orifice du col est souvent étroit et n'est point aplati.

Quant au *gonflement des seins* avec aréole brunâtre, il existait dans les trois cas; dans un cas il y avait *une raie brune* allant du mont de Vénus à l'ombilic, une de ces raies brunes nettement tracées comme avec un pinceau (Pajot).

Dans les trois cas, le ventre était tendu, ballonné. La matité obtenue par la percussion pouvait tenir à la vessie distendue (Cazeaux).

Nous ne publions pas ces faits dans le seul but de prouver une fois de plus ce que tout le monde sait, c'est-à-dire la difficulté du diagnostic de la grossesse et le plus ou moins de valeur des signes à l'aide desquels on peut la reconnaître; nous avons voulu surtout rappeler aux médecins légistes dans quelles circonstances spéciales on pouvait observer ces apparences de grossesse.

QUELQUES RÉFLEXIONS A PROPOS DE DEUX CAS D'INVERSION UTÉRINE AYANT NÉCESSITÉ L'AMPUTATION DE L'UTÉRUS; DEUX GUÉRISONS.

Par le Dr E. Labarraque,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'inversion utérine n'est pas, fort heureusement, une affection que l'on voie tous les jours, et encore faut-il distinguer parmi les variétés de forme, de durée et de gravité qu'elle peut présenter. Nous n'avons pas la prétention d'étudier ici l'inver-

sion utérine dans son ensemble: nous nous bornerons à rapporter et à comparer deux observations d'inversion plus ou moins complète de l'organe, assez dissemblables, du reste, dans leurs détails, mais ayant entre elles deux points de contact, la nécessité où se sont trouvés les opérateurs de pratiquer l'amputation, et l'issue favorable de chacun de ces cas.

L'amputation de l'utérus n'a pas été encore pratiquée un grand nombre de fois, en raison des dangers qu'elle fait courir aux malades, et parce que, quelque ancienne que soit la lésion, on doit toujours essayer la réduction. Celle-ci peut réussir, rarement il est vrai, et contre toute attente; c'est ainsi qu'une pression élastique, exercée pendant plusieurs jours sur le fond de l'utérus, a pu parvenir à réduire la tumeur. M. Tyler Smith (1) fit cesser une inversion, datant de douze ans, vers le huitième ou le neuvième jour de l'application continue d'un pessaire à air. M. Ramsay, dans le Tennessée, a obtenu la réduction après dix-sept ou dix-huit jours d'efforts soutenus par le même procédé (2). M. Teale (3), M. West (4) ont rapporté des cas semblables; chez une malade de M. Bockenthal (5), la lésion datait de six années; enfin M. Noeggerath, de New-York (6), en a réduit un remontant à treize ans. Nous ne parlons ici, bien entendu, que de la réduction possible par les voies naturelles, et non pas du procédé employé par le professeur Gaillard Thomas, de New-York, qui consiste à faire une incision à l'abdomen, à introduire dans le col inversé une pince qui le dilate, puis à réduire par l'extérieur l'inversion utérine.

L'amputation de la matrice n'est pas une opération exempte de dangers, et les objections qu'on lui a faites peuvent se résumer ainsi qu'il suit. On a dit que le sac formé par l'utérus renversé pouvait donner asile à des anses intestinales, et qu'une amputation, pratiquée sur cet organe, pouvait faire courir deux

---

(1) Tyler Smith, *Medical Times and Gazette*, April 24, 1858.
(2) Gaillard Thomas, *Diseases of Women*, *Philadelphie*, 1874.
(3) Teale, *Medical Times*, etc., Aug. 29, 1859.
(4) Wett, *Medical Times*, etc., Oct. 29, 1859.
(5) Bockenthal, *Deutsche Klinik*, et *Bull. de thér*,, 1860.
(6) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1872, p. 913.

grands risques à la malade, celui d'intéresser le tube digestif, et celui d'ouvrir la cavité péritonéale. On pourrait peut-être répondre au premier reproche qu'avant d'opérer, le devoir du chirurgien est de s'assurer de l'absence dans la tumeur d'une anse intestinale; quant à la seconde objection, on dirait assez justement, selon nous, qu'un utérus, inversé et impossible à réduire, a probablement contracté des adhérences, et qu'en amputant au-dessous du col, siége de la constriction, on échapperait au danger d'ouvrir la cavité péritonéale.

On a aussi reproché à l'amputation utérine de supprimer la menstruation, ce qui paraît entraîner vers l'abdomen des conséquences funestes. Nous ferons à cette objection la même réponse qu'à la dernière, qui est la stérilité de la femme. Lorsque une malade en est arrivée au point de cachexie qui nécessite l'amputation, et qu'un chirurgien s'est décidé à la pratiquer, tout autre considération que celle de l'existence même de la femme doit être à leurs yeux d'un intérêt secondaire.

Voici maintenant les deux observations étrangères que nous avons trouvées, et qui nous ont suggéré les quelques réflexions qui vont suivre.

Observation I. — A une réunion de la *Dublin pathological Society*, le Dr Sinclair a fait la communication suivante : Il se présenta, à sa consultation, une femme, toute courbée, ayant l'air vieux, malade hagard. maigre et anémique, avec toutes les apparences d'une personne affectée d'une tumeur maligne des organes internes. On apprit qu'elle avait 36 ans, qu'elle avait eu cinq enfants, et que sa dernière couche remontait à huit ans. Cet accouchement paraît avoir duré longtemps; depuis lors, elle a toujours eu des pertes utérines, et de la leucorrhée dans les intervalles. Elle se plaint d'être toujours courbée, et de souffrir sans trêve ni repos, dans le bas du dos; de plus, elle est dans la misère la plus absolue. En l'examinant, le Dr Sinclair trouva le vagin rempli par une tumeur, et, en essayant d'en déterminer le point d'attache, le doigt rencontra la paroi du vagin, réfléchi sur la partie supérieure de la masse, et se continuant avec elle, de façon à former, en haut, un cul-de-sac tout autour. La palpation du ventre ne montrait pas l'utérus en place; pour plus de sûreté, on introduisit dans la vessie une sonde utérine, et le doigt indicateur gauche placé dans le rectum, on fit mouvoir l'instrument dans la direction de la concavité du sacrum et de la réunion des pubis;

chaque fois, on éprouva la sensation de la sonde sans autre intermédiaire que celui de la vessie et du rectum, et peut-être d'une ou deux anses intestinales interposées; ainsi l'utérus n'était point *in situ*.

Après un interrogatoire plus approfondi, on arriva à savoir que la malade avait été accouchée par une sage-femme, et que le placenta n'était venu que deux heures après l'expulsion du fœtus. La sage-femme n'avait point essayé de l'extraire, mais la malade, ayant voulu uriner, s'était levée, et avait senti le placenta s'échapper dans le vase. Elle remonta très-affaiblie dans son lit, et resta dans cet état pendant fort longtemps.

Le Dr Sainclair décida qu'on avait affaire à *une inversion ancienne de l'utérus*, ce qu'on a improprement appelé inversion chronique de l'organe. Comme autres signes, on observait des hémorrhagies profuses, une prostration extrême, de vives douleurs. On dut administrer des cordiaux et de l'opium. La malade eut un repos complet de quelques jours, pendant lesquels on fit usage de lotions astringentes et styptiques. Lors d'un autre examen, le Dr Sinclair essaya le taxis; mais cette manœuvre fut si douloureuse et l'écoulement sanguin qu'elle produisit si abondant, que le médecin dut y renoncer bien vite, et qu'il se résolut à enlever la matrice.

On ne pouvait, dans l'opinion du Dr Sinclair, tomber sur un cas plus défavorable en fait d'opération; mais, quand on eut exposé à la malade la certitude prochaine d'une issue funeste, et qu'on lui eut fait comprendre qu'il lui restait, dans l'opération, une chance unique de guérir, elle consentit joyeusement. C'est pourquoi on saisit aisément la tumeur au moyen de la double canule de Gooch, contenant, dans chacun de ses deux canaux, une forte corde à fouet, soigneusement cirée. On serra alors la ligature avec autant de force qu'on en put mettre, en sorte que l'utérus se trouva, en une seule fois, définitivement étranglé. La malade supporta très-bien l'opération; peu de douleur, surtout pas à beaucoup près autant que quand on avait essayé le taxis; son pouls était à 90, quand on l'eut remise dans son lit. Il y eut un écoulement sanguin assez grand pendant que l'on posait et que l'on assurait la ligature; mais bientôt tout disparut de ce côté. Aucun trouble du côté de l'estomac. On la soumit à de hautes doses d'opium, et l'on maintint en permanence, sur l'abdomen, un cataplasme peu épais. On veilla avec soin sur la vessie, et la malade put jouir d'un calme complet. Régime lacté. La ligature fut resserrée, matin et soir, pendant quatre jours; injections d'eau tiède dans le vagin. Le cinquième jour, la tumeur était dans un état avancé de décomposition, et le Dr Sainclair se détermina à l'enlever.

Pendant ces quatre jours, la malade se plaignit d'endolorissement du côté de l'hypogastre, et de ballonnement par suite de tympanite. Le traitement local consista en cataplasmes chauds de plantes narco-

tiques; mais l'on administra, à courts intervalles, de petites doses de calomel et d'opium de façon à provoquer de la stomatite. Les signes s'amendèrent et ils venaient de disparaître quand on reporta le sujet sur la table d'opérations, le cinquième jour après l'application de la ligature. Le Dr Sinclair commença par essayer l'écraseur. Il entoura la tumeur d'un fil d'archal; mais celui-ci glissa sur la surface de la masse dure et polie, et il n'enleva qu'un fragment de la partie antérieure de la tumeur. Application d'un second fil de métal, qui se rompit. Le Dr Sinclair fit alors ce qu'il regrettait de n'avoir pas fait tout d'abord. La tumeur fut attirée en bas; l'opérateur glissa ses doigts en arrière le long de la canule, jusqu'à ce qu'il eût rencontré le sillon creusé par l'étranglement de la ligature; puis, au moyen d'une paire de ciseaux, il sectionna toute la masse, en n'en laissant qu'une faible partie au devant de la ligature. La canule fut alors enlevée; mais on ne sectionna pas la corde à fouet. En trois jours, la ligature et ce qui restait de la portion sphacélée tombèrent. Depuis lors, la malade fit de rapides progrès; dix ou douze jours après l'ablation de l'utérus, elle pouvait s'asseoir : en moins de deux mois, elle avait entièrement changé d'aspect. Elle était en fort bon état, comparativement grasse, le visage coloré; elle avait rajeuni, et paraissait joyeuse et contente de son sort. Elle a quitté l'hôpital dans un parfait état de santé. (*The medical and surgical Reporter of Philadelphia*, 7 novembre 1874.)

Observation II. — (Rapportée par le Dr E. G. Bradley). — Madame N..., âgée de 25 ans, mère de quatre enfants, donna le jour, le 4 mars 1874, à un enfant à terme. Elle reçut les soins d'une sage-femme qui n'obtint le placenta qu'en tirant très-fort sur le cordon. Le placenta adhérait aux parois de la matrice, et la manœuvre entraîna *une inversion absolue de l'utérus et du vagin*. La sage-femme fit-elle tout ce qu'elle put pour cacher à la malade et à son entourage le méfait qu'elle avait commis, ou ignora-t-elle en réalité ce qui s'était produit, toujours est-il que la femme resta en cet état pendant quinze jours, après quoi je fus mandé auprès d'elle. Un examen attentif me montra que l'utérus était complètement retourné, et très-enflammé, et qu'il présentait un point noirâtre, de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent; le pouls était à 120; la malade était prostrée, avec une expression d'angoisse sur le visage. Je demandai les Drs Stephenson et Brown, puis, après un nouvel examen, on résolut de pratiquer l'amputation des parties, comme seule chance de soulagement pour la malade; car la gangrène se serait étendue à partir du fond de la matrice, si la réduction eût été pratiquée, ce que nous ne pouvions songer à faire dans les circonstances présentes. Qu'il me suffise de dire que nous pourvûmes à tout et que nous plaçâmes la

malade dans la position indiquée pour la taille. Le Dr Stephenson administra le chloroforme; pendant ce temps, je fis une incision à gauche au-dessous des artères vaginales ; puis j'allai à leur recherche, et j'en pratiquai la ligature : en même temps, après avoir fait cesser l'hémorrhagie, je réunis bout à bout, au moyen d'un fil et d'une aiguille, les orifices béants des veines; je fis de même du côté opposé. Puis je détachai entièrement les parties, et je refoulai ce qui restait du vagin. Lavages avec une solution de sucre de Saturne et de tannin. Ensuite on réveilla la malade, et on lui administra un peu d'eau-de-vie; mais elle le rejeta presque immédiatement. Sinapisme au creux de l'estomac ; nouvelle dose d'eau-de-vie qui fut supportée. On donna une forte dose d'opium, et la malade fut reportée dans son lit. On introduisit dans le vagin un linge troué imbibé de glycérine et de créosote et bourré de charpie ; le tout fut maintenu vingt-quatre heures en place au moyen d'un bandage en T; au bout de ce temps, lavage à grande eau, et réapplication du pansement, 5 centigrammes d'opium toutes les dix heures, et du vin d'Oporto toutes les deux heures.

Même traitement pendant huit jours; cessation de tous les symptômes inquiétants. Je prescrivis alors, deux fois par jour, pendant une semaine des lavages au permanganate de potasse, puis, passé ce temps, des injections à l'eau tiède, et, chose étrange à dire, au bout d'un mois la malade pouvait se promener dans sa chambre ; à l'heure où je trace ces lignes, elle est parfaitement guérie, et paraît jouir d'une santé aussi bonne qu'elle l'ait jamais eue. (*The medical and surgical Reporter of Philadelphia*, 29 août 1874.)

On le voit, ces deux cas sont absolument différents l'un de l'autre. Dans le premier, nous avons affaire à une inversion ancienne, dans le second, à une inversion récente. Chez la première malade, l'inversion reconnaissait pour cause des efforts de défécation deux heures après l'accouchement, et alors que le placenta n'était pas encore sorti; chez la seconde, l'inversion avait été produite par la sage-femme, dans les tractions immodérées qu'elle avait exercées sur le cordon et sur le placenta. Le taxis, pratiqué sur la malade du Dr Sinclair (sans résultat, il est vrai), n'avait pu être employé chez celle du Dr Bradley, en raison de la présence d'une plaque gangréneuse sur le fond inversé de la matrice. De plus, la lésion n'était pas la même dans les deux observations; bornée à l'utérus et siégeant dans le vagin chez l'une, chez l'autre elle avait entraîné la chute du vagin lui-même, qui faisait saillie

au dehors. Enfin, nous ferons remarquer que le mode opératoire a été différent. L'étranglement de la tumeur dans le vagin par une ligature resserrée pendant quatre jours, puis l'excision de la partie mortifiée ont guéri la première malade; dans le second cas, une simple excision des parties après ligature des artères vaginales et oblitération des veines, nous paraît si hasardeuse que nous n'oserions imiter cette manière d'agir. Du reste l'observation manque de détails; il y est dit, purement et simplement, qu'après l'ablation de la tumeur par le bistouri, ce qui restait du vagin fut refoulé en dedans et la malade pansée avec des antiseptiques. Nous voulons espérer que notre estimable confrère s'était auparavant assuré de l'existence d'adhérences empêchant l'ouverture de la cavité péritonéale.

D'après ces deux observations mêmes, l'amputation de l'utérus, bien que très-dangereuse, n'est donc pas fatalement mortelle. Voici les résultats de la statistique du professeur Gaillard Thomas, de New-York, sur ce sujet :

MODE OPÉRATOIRE.	Nombre des cas.	Guérisons.	Morts.	Opérations abandonnées.
Utérus enlevé par la ligature............	45	33	10	2
» par le couteau ou l'écraseur......	5	3	2	
» » » , mais » après l'application d'une ligature....	9	6	3	
	59	42	15	2

Par conséquent, sur 59 cas d'amputation de l'utérus, réunis par cet auteur, on a observé 42 guérisons et 15 morts, deux opérations ayant dû être abandonnées sans avoir été terminées.

Nous voyons encore, par cette statistique, que le mode opératoire a peu varié dans ces 59 cas : la ligature simple, puis le couteau et l'écraseur, avec ou sans la ligature préalable. Pour la ligature, il ne nous est pas dit comment elle est appliquée, si elle est élastique ou non, si on la resserre tous les jours, ou si

elle est appliquée une fois pour toutes. En ce qui concerne l'instrument tranchant, nous ne serions pas disposé à le préconiser, même précédé de la ligature ; à plus forte raison désapprouvons-nous la conduite du chirurgien qui pratique l'excision pure et simple ; malgré toutes les précautions que l'on ne saurait manquer de prendre, on a toujours à redouter une hémorrhagie très-grave chez une femme déjà épuisée par des pertes antérieures.

L'écraseur linéaire a un peu plus de raison d'être ; mais la lenteur qu'entraîne son emploi, et par suite la nécessité de maintenir pendant longtemps le sujet dans le collapsus chloroformique en raison des douleurs excessives de la manœuvre, sont autant d'objections à faire à l'admirable invention de M. Chassaignac.

Nous préférerions l'usage du galvano-cautère, précédé d'une ligature qui étrangle les parties, prévient l'écoulement sanguin et l'issue possible d'une anse intestinale, en même temps qu'elle provoque la formation d'adhérences, lesquelles s'opposent à l'ouverture de la cavité péritonéale.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE
SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE
PAR L'EMPLOI DU CHLORAL HYDRATÉ,

Par le Dr H. Cheuppe,
Chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris.

Introduction. — L'éclampsie constitue, de l'avis de tous les accoucheurs, une des complications les plus graves de l'accouchement naturel : elle a cela de particulier que se produisant chez des femmes, bien constituées du reste, elle survient sans que rien ait pu la faire prévoir, sans que les malades ni la famille s'attendent aux dangers auxquels est exposée la femme enceinte. Mais me

dira-t-on, elle est toujours ou presque toujours précédée d'œdème ou tout au moins d'albuminurie? Cette objection vraie n'enlève rien à l'imprévu de l'accident, et voici pourquoi.

L'albuminurie des femmes enceintes ne s'accompagne en général d'aucun symptôme subjectif, et quand l'œdème survient, il est le plus souvent mis sur le compte des varices si fréquentes chez la femme pendant la gestation.

Si j'insiste sur l'imprévu de l'accident, c'est qu'il a une importance véritable au point de vue du traitement. Si, en effet, l'on pensait à l'invasion possible des phénomènes convulsifs, la femme ferait plus d'attention aux symptômes qui fréquemment les précèdent et qui constituent une période de la maladie pendant laquelle il peut-être utile d'intervenir surtout par les moyens palliatifs, comme nous aurons à le discuter plus tard.

Pour cette cause et par les phénomènes mêmes qui accompagnent l'accès, l'éclampsie est pour la mère et pour l'enfant une complication grave qu'il est urgent de combattre et qui en conséquence a appelé l'attention des médecins thérapeutistes aussi bien que des accoucheurs.

Je n'ai nullement l'intention de reprendre ici, même d'une manière incomplète, l'étude du traitement de l'éclampsie; je devrai cependant revenir sur certains résultats et rappeler quelques statistiques pour montrer quels avantages présente l'emploi du chloral hydraté.

Le traitement de l'éclampsie pourrait se diviser en plusieurs méthodes qui ne sont pas absolument distinctes, car souvent l'on a, dans le même cas, employé plusieurs moyens pour combattre les accidents.

Dans un premier cas, l'on se borne à hâter la délivrance de la mère, et cette pratique est basée sur ce fait, que souvent après l'accouchement les accès convulsifs cessent, ou bien s'ils persistent, c'est presque toujours avec une intensité et une fréquence moindres : premier pas vers la guérison.

L'emploi des révulsifs, des purgatifs, des émissions sanguines générales ou locales, uniques ou répétées, constitue une seconde méthode.

Enfin, l'emploi des anesthésiques constitue un troisième groupe, et ici l'étude du chloral n'en est qu'un des chapitres.

Des Anesthésiques. — Pour le moment nous ne dirons rien des deux premiers moyens, dont plus tard nous aurons peut-être à discuter la valeur; nous nous étendrons un peu plus longuement sur l'emploi des anesthésiques.

Dès que, après les tentatives des accoucheurs anglais, on se fut bien convaincu que l'éther et le chloroforme n'entravent pas la marche du travail, il devait naturellement venir à l'esprit des médecins de plonger les femmes atteintes d'accès éclamptiques dans la résolution que produisent les agents anesthésiques; ce qui fut fait. Nous n'entrerons pas dans le détail des essais qui ont tour à tour été tentés avec l'éther et le chloroforme, on trouvera tout au long cet exposé dans l'excellent mémoire de M. Charpentier (1), nous nous bornerons à rappeler à grands traits les résultats obtenus.

C'est en 1855 que parut le premier travail sur le traitement de l'éclampsie par les anesthésiques, il est dû à M. Bouchacourt (de Lyon), puis vinrent successivement en 1855 et 1856 les mémoires de Timermans, Fremineau, Macario, Liegeard Scanzoni, Spiegelberg, tous résumés et appréciés dans l'importante thèse de M. Blot (2). Depuis cette époque, les faits se sont multipliés et on peut dire que l'emploi du chloroforme soit seul, soit uni aux émissions sanguines, est devenu un mode de traitement journalier des accès éclamptiques.

Cependant les résultats obtenus n'étaient pas encore très-satisfaisants, ainsi qu'on pourra facilement s'en convaincre par la statistique suivante que nous empruntons à M. Charpentier (3). (Il va sans dire que nous ne tenons compte que des cas dans lesquels le chloroforme a été employé seul ou associé à d'autres traitements, mais comme agent principal).

M. Charpentier commence par rappeler au début de son chapitre sur les anesthésiques, cette critique, applicable à toutes

(1) Charpentier. Thèse pour le concours de l'agrégation, 1872.
(2) Blot. Thèse de concours pour le professorat, 1857.
(3) *Loc. cit.*, p. 110 et suiv.

les statistiques : qu'on publie surtout les cas heureux et non les insuccès. Nous sommes malheureusement obligé de reconnaître la vérité de cette assertion, mais l'auteur, qui revient ici sur cette objection avec une singulière complaisance, nous accordera sans doute qu'elle est tout aussi fondée pour les statistiques des autres traitements : émissions sanguines ou opérations ; il en résulte cette conclusion que nous croyons légitime, que si la statistique fournie par le chloroforme est plus avantageuse que celle des autres traitements, c'est que cette médication est préférable, car, pas plus les adversaires du chloroforme que ses partisans, n'aiment à publier leurs insuccès. Voyons maintenant les chiffres.

Chloroforme. — Dans un premier relevé l'auteur trouve 63 cas dans lesquels le chloroforme a éte employé.

Ils se décomposent ainsi :

Cas dans lesquels l'influence a été nulle ou impossible à préciser.	8
Cas où la maladie a continué sa marche ascendante. . .	6
Cas dans lesquels il y a eu diminution ou cessation des accès	49
Total. . . .	63

Or, sur les huit malades, sur lesquelles l'effet a été nul, six ont guéri, deux ont guéri parmi celles dont l'affection s'était aggravée, et enfin 48 parmi celles qui avaient vu l'affection s'améliorer sous l'influence du chloroforme. Nous avons donc en résumé

Malades traitées.	63
Malades guéries.	56.

Ce qui nous donne une mortalité qui ne s'élève qu'à 11,1 0/0. (Dans un certain nombre de cas, d'autres traitements ont été employés en même temps que le chloroforme.) Cette statistique très-favorable mettrait certainement le chloroforme bien au-dessus des saignées et des autres traitements ; mais M. Charpentier ne lui accorde pas une valeur aussi grande, parce qu'il croit qu'on a surtout publié des cas heureux, et il appuie son opinion sur ce fait que la statistique de la Maternité, où tous

les cas ont été publiés, donne des résultats bien différents. Nous trouvons dans cette dernière statistique que 14 femmes éclamptiques ont été traitées par le chloroforme et que 7 sont mortes, tandis que 7 ont guéri; c'est une mortalité de 50 0[0.

D'où peut donc provenir une divergence si grande entre les deux résultats ? M. Charpentier n'hésite pas; pour lui, elle est due à ce que l'on a publié presqu'exclusivement des faits heureux. Nous voulons bien admettre cette opinion, mais nous ne pensons pas qu'elle explique encore des écarts considérables; voici surtout sur quoi nous nous basons; en Angleterre, des médecins éminents emploient depuis longtemps le chloroforme et continuent à l'employer, et cela sur une grande échelle; et nous ne pensons pas que, s'ils n'eussent pas trouvé que ce moyen de traitement présentât des avantages notables, ils lui eussent accordé une faveur si persévérante.

Cependant, dira-t-on, la statistique de la Maternité, qui présente toutes les garanties d'exactitude véritable, donne des chiffres absolument différents; nous ne voulons nullement contester sa valeur, mais nous ferons remarquer qu'elle porte sur un bien petit nombre de faits; il paraît donc que dans cet hôpital le chloroforme n'a été employé qu'à titre d'essai. Qu'arrive-t-il souvent, quand on fait usage d'un médicament dans ces conditions, c'est qu'on ne l'applique que dans des cas graves, souvent dans des cas désespérés. En était-il ainsi à la maison d'accouchements ? Nous ne le prétendons pas, puisque les renseignements nous font absolument défaut, puisque nous ne savons pas si les cas étaient graves, si le médicament a été employé dès le début; si les inhalations ont été suffisamment prolongées. Nous ignorons encore si toutes les femmes qui sont mortes ont succombé aux progrès de l'éclampsie, ou bien encore si quelque opération obstétricale entreprise dans le but de hâter la délivrance, ne doit pas être en partie incriminée. Quoi qu'il en soit, nous voyons que même dans cette statistique qui est assurément de beaucoup la moins favorable, le chloroforme a donné des résultats aussi heureux que ceux fournis par les saignées et même par les saignées répétées.

Éther. — Si depuis que l'on applique le chloroforme l'on a

complètement abandonné l'éthérisation, nous voulons cependant rappeler brièvement les résultats obtenus avec cette substance, car si elle est incomparablement moins puissante que le chloroforme, elle est d'une innocuité bien plus grande, et par conséquent peut être employée par des mains moins habiles. Voici ce que nous trouvons dans la thèse de M. Charpentier (1); il a recueilli 15 cas qui se décomposent ainsi :

Influence nulle ou impossible à préciser.	3 cas.
Aggravation de la marche de la maladie.	4
Diminution ou cessation des accès.	8
Total. . . .	15 cas.

Sur les trois premiers cas il y a 1 guérison et 2 morts. Les quatre cas où il y a eu aggravation se sont tous terminés par la mort. Enfin les 8 malades qui ont vu leurs accès diminuer ou cesser ont toutes guéri.

Ce qui nous donne une mortalité de 40 0[0, encore un peu plus favorable que celle fournie par les saignées répétées. Les résultats indiqués dans les mémoires de MM. Franca y Mazorra (2) et Fauny (3), sont indentiques à ceux de M. Charpentier, nous n'y insisterons donc pas.

M. Charpentier ne conclut pas, il ne dit pas quelle est pour lui la valeur de la méthode anesthésique. MM. Franca, Pellisier (4) et Fauny sont moins réservés et tous trois n'hésitent pas à déclarer, abstraction faite du chloral qui n'est pas encore en cause, que de tous les traitements de l'éclampsie, celui par les anesthésiques leur semble le meilleur.

C'est accidentellement que nous avons été conduit à nous occuper du chloroforme et à citer quelques chiffres, mais voulant nous occuper de l'emploi du chloral, nous avons été amené à rechercher si les résultats obtenus avec les autres anesthé-

---

(1) *Loc. cit.*, p. 117.

(2) *De l'emploi du chloral hydraté dans les accouchements naturels et dans l'éclampsie*. Thèse inaugurale. Paris, 1873.

(3) *Traitement de l'éclampsie puerpérale par l'hydrate de chloral.* Thèse naugurale. Paris, 1874.

(4) *Du chloral dans l'accouchement*. Thèse inaugurale. Paris, 1873.

siques étaient de nature à encourager les praticiens à employer ce mode de traitement : Or, nous pensons, et nos lecteurs, croyons-nous, partageront notre opinion, que les résultats obtenus étaient de nature à exciter les cliniciens à employer une substance présentant tous les avantages des anesthésiques sans en avoir les inconvénients ni les dangers. L'emploi du chloral n'est donc pas dû uniquement à l'empirisme, mais il est le résultat de déductions réfléchies et basées sur l'expérience.

Bromure de potassium. — Avant de nous occuper du chloral hydraté, il nous reste encore à dire quelques mots du bromure de potassium. Les chiffres font ici défaut, et on ne trouve qu'un très-petit nombre de cas réunis jusqu'à ce jour. Je dois dire que le plus grand nombre sont favorables, mais nous souvenant de l'argument de M. Charpentier, nous croyons qu'il faut attendre, pour se prononcer, qu'ils se soient multipliés. Nous trouvons cependant un travail de M. le Dr A. Décès, qui peut être intéressant à consulter à ce sujet (1).

M. Décès a traité quelques malades par le bromure de potassium uni aux inhalations de chloroforme et il les a toutes vues guérir; pour lui la guérison est surtout due au chloroforme, car il a obtenu des résultats tout aussi heureux en unissant le chloroforme à d'autres traitements ; cependant, comme c'est avec le bromure de potassium qu'il a obtenu les plus beaux succès, il nous semble que ce médicament doit entrer en ligne de compte et mérite de nouvelles recherches.

Ainsi les anesthésiques nous paraissent pouvoir être administrés dans le traitement de l'éclampsie puerpérale avec l'espérance d'obtenir un résultat heureux ; ce fait était bien établi quand parurent les premiers travaux sur l'hydrate de chloral; jouissant de propriétés anesthésiques et sédatives évidentes, il se trouvait indiqué par la force même des choses dans le traitement de l'éclampsie ; il fut, du reste, bientôt employé.

Chloral hydraté. — *Historique.* — En 1869, Liebreich appliquait le chloral hydraté à la thérapeutique, et peu après il était

(1) Société médicale de Reims, 1874, p. 94.

employé pour combattre l'éclampsie; le premier cas fut, en effet, communiqué à la Société de chirurhie (1) par M. Demarquay; il est dû au D[r] Auguste Serré de Bassaume; A la même époque, en Allemagne, le D[r] Rabl-Ruckt-Hardt publiait deux cas dans lesquels l'hydrate de chloral avait été employé avec un succès complet pour combattre l'éclampsie (2). En Angleterre, les D[rs] Campbell (3), Milne (4), Flox (5), Mackintosh (6), publiaient les résultats de leurs expériences, et les succès obtenus par eux confirmaient ceux des premiers observateurs.

Depuis cette époque, les faits se sont multipliés, et, pour ne citer que les travaux les plus importants, nous mentionnerons ceux de MM. Raymond, Whidborn, Tarnier, Furley, Starley, M'Rae, Bookles, Maxwel, Philips.

Jusqu'ici nous avons cité presque exclusivement des savants étrangers, et il semble qu'en France, où fut recueillie la première observation, l'on ait négligé d'employer ce nouveau moyen. Il faut, en effet, arriver à 1872 pour trouver les travaux importants de MM. Lecacheur (6), Bourdon (7), Franca y Mazorra (8) Pellissier (9) et Fauny (10). Depuis cette époque il ne s'est pas produit de nouveau mémoire, et cependant les expériences ont continué; parmi les plus importantes, nous citerons celles entreprises par M. le D[r] Polaillon, dans son service d'accouchement à l'hôpital de Cochin.

Tels sont les principaux recueils dans lesquels nous avons puisé; nous dirons de plus que, pendant notre internat dans le service de M. Bourdon, nous avons pu suivre plusieurs cas d'éclampsie traitée par l'hydrate de chloral, ce qui nous a permis de bien nous rendre compte de l'influence du médicament. C'est

(1) Société de chirurgie, 23 mars 1870.
(2) *Berliner Wochenschrift*, VI, 18, 1869.
(3) *The Lancet*, juillet 1870.
(4) *Edinburgh med. journ.*, mai 1870.
(5) *The Lancet*, juillet 1870.
(6) *Med. Times and Gazette*, septembre 1870.
(7) Thèse inaug., 1872.
(8) Soc. de thérapeut., 1873.
(9) *Loc. cit.*
(10) *Loc. cit.*

en nous basant sur ces matériaux que nous essaierons de donner un résumé succinct.

Étude clinique. — Avant d'étudier le mode d'action du chloral hydraté et d'en préciser les indications, nous voulons d'abord mettre sous les yeux de nos lecteurs un grand nombre d'observations dans tous leurs détails; c'est seulement, en effet, par l'analyse des faits qu'on pourra se rendre compte de l'influence produite; que sert-il de dire : j'ai recueilli tant de cas d'éclampsie traitée par le chloral hydraté, et la majeure partie a guéri? je préfère de beaucoup, au risque de passer à bon droit pour prolixe, permettre de juger sur telle ou telle observation. Les faits sont cependant trop nombreux pour pouvoir ici les rapporter tous *in extenso*, la plupart seront donc cités en résumé.

Observat ons. — Je citerai d'abord les cas dans lesquels le chloral hydraté a été associé à un ou plusieurs autres traitements, puis ceux où il a été donné seul. J'aurai du reste toujours soin d'indiquer les sources où je puise les observations.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE.

DE L'EFFICACITÉ DU RÉGIME LACTÉ DANS L'ALBUMINURIE DES FEMMES ENCEINTES ET DE SON INDICATION COMME TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'ÉCLAMPSIE (1).

Par M. le **Dr Tarnier,**
Chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

L'utilité du régime lacté dans la maladie de Bright m'a fait penser que son emploi pourrait être efficace dans l'albuminurie de la grossesse, et, depuis plusieurs années, j'y ai soumis, à la Maternité, les femmes enceintes qui présentaient de l'albumine dans leurs urines.

Les observations dont je donne aujourd'hui le résultat sont assez nombreuses pour que je me croie autorisé à éloigner l'idée d'une série heureuse. La plupart des faits que j'ai observés

---

(1) Extrait du *Progrès médical, décembre* 1875.

ont été enregistrés jour par jour; d'autres, sans avoir été recueillis, m'ont néanmoins laissé des souvenirs très-précis, et je peux affirmer que toutes mes observations ont entre elles une ressemblance frappante : sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie a toujours été rapidement amendée ou guérie avant l'accouchement. Une seule fois, j'ai vu l'albuminurie persister sans amélioration chez une femme qui mourut quelque temps après son accouchement et chez laquelle on trouva les lésions d'une maladie de Bright avancée; mais c'est assurément là un fait exceptionnel et peut-être, dans ce cas, la maladie était-elle indépendante de la grossesse. Je peux donc dire que, sauf une exception (exception qui n'appartient peut-être pas à l'albuminurie de la grossesse), le succès a été constant. Aussi, je me contenterai de relater deux observations qui ont été rédigées par mon ancien interne, M. le Dr Pinard, auquel je désire laisser le soin de publier les autres faits qu'il a recueillis dans mon service. *Suum cuique.*

OBSERVATION I. — *Albuminurie chez une femme enceinte secondipare.* — *Œdème généralisé.* — *Traitement par le régime lacté.* — *Guérison.* — (Observation recueillie par M. PINARD, interne du service.)

La femme G..., âgée de 28 ans, couturière, entre, le 2 mars 1873, à la Maternité, où elle est placée salle Sainte-Adélaïde, nº 4 (service de M. TARNIER). Au point de vue de ses antécédents héréditaires, elle n'offre rien de particulier à noter; comme antécédents pathologiques, nous avons à enregistrer simplement une fièvre continue. Elle n'a jamais eu de rhumatismes.

Réglée pour la première fois à 17 ans, elle le fut depuis toujours régulièrement. Première grossesse à 25 ans, qui ne présenta aucune complication; accouchement naturel, enfant vivant.

La dernière apparition des règles eut lieu vers la fin du mois de juin 1872. Pendant les sept premiers mois, la santé générale fut excellente; mais, à partir de ce moment, de l'œdème apparut au niveau des malléoles, puis envahit bientôt complètement les deux membres inférieurs, le tronc, la face, et enfin les membres supérieurs. A partir de ce moment, les forces allèrent continuellement en s'affaiblissant. Du 10 au 20 février, la malade eut une soif extrêmement vive. En même temps, survinrent de profondes modifications dans le caractère.

Un rien impatiente, irrite cette femme; dès qu'elle entend crier son enfant, elle le bat, ce qu'elle ne faisait jamais auparavant.

État actuel.—Cette malade, très-intelligente, est profondément anémiée. Les membres inférieurs sont triplés de volume. Les grandes lèvres sont énormément distendues : elles l'étaient plus encore il y a quelques jours; mais cette femme nous raconte qu'elle est allée à la consultation de l'hôpital Lariboisière, et que, là, on lui a fait au niveau des grandes lèvres de nombreuses piqûres ayant donné issue à une quantité considérable de liquide (4 ou 5 litres, dit-elle). Pas de troubles visuels, ni de douleurs au niveau de la région épigastrique; céphalalgie frontale; souffle cardiaque à la base; toux intense; nombreux râles sous-crépitants à la base des deux poumons; ventre régulièrement développé, tête non engagée; pulsations fœtales entendues à droite au-dessus de l'ombilic.

Les urines (peu abondantes, dit la malade), essayées par la chaleur et l'acide nitrique, donnent un précipité très-abondant d'albumine.

100 parties d'urine, mélangées à 10 parties d'acide azotique dans une éprouvette graduée, donnent, après un repos de douze heures, un précipité qui s'élève à la 55e division.

L'examen histologique démontre la présence d'une grande quantité de cellules atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse, de cylindres muqueux *hyalins* et d'un certain nombre de globules sanguins.

3 *mars*. M. Tarnier ordonne 2 litres de lait et 2 portions.

4 *mars*. Même état; même traitement.

Urine, 100 } Précipité, 40.
Acide, 10 }

5 *mars*. L'œdème persiste, mais l'état général semble s'améliorer. La toux est moindre, et les râles sont plus rares aux deux bases.

Urine rendue dans les 24 heures : 2 litres 1/2. 3 litres de lait.

Urine, 100 } Précipité, 30.
Acide, 10 }

6 *mars*. L'œdème a diminué. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres. 4 litres de lait.

Urine, 100 } L'albumine coagulée surnage et occupe 30 divisions.
Acide, 10 }

7 *mars*. Même état. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres. 4 litres de lait.

Urine, 100 } Le coagulum surnage et occupe 20 divisions.
Acide, 10 }

8 *mars*. Epistaxis dans la nuit; nombreux râles sibilants dans la poitrine. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres. 4 litres de lait.

Urine, 100 } Le coagulum surnage et occupe 30 divisions.
Acide, 10 }

9 *mars*. Epistaxis dans la nuit; œdème disparu au niveau du tronc. Même traitement; en plus, 15 grammes d'eau-de-vie allemande. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres.

Urine, 100 } Le caogulum surnage et occupe 25 divisions.
Acide, 10 }

Du 10 au 16, même état, même traitement. Du 16 au 28, l'œdème diminue; l'urine précipite à peine par l'acide et la chaleur : on continue à lui faire prendre tous les jours 4 litres de lait.

Le 2 avril, apparition des premières douleurs. Présentation du sommet O. I. D. P. réduite. Le travail dure cinq heures quarante minutes. Pas d'accidents pendant le travail. Enfant vivant pesant 3,290 grammes. Placenta sain. Cette femme passa alors dans le service de médecine où elle continua le régime lacté et en sortit guérie trois semaines après.

On remarquera que, chez cette femme, la guérison a été obtenue malgré une recrudescence de courte durée, il est vrai. De plus, ici, comme dans l'observation suivante, le régime lacté n'a pas fait souffrir l'enfant, car son poids indiquait un développement normal.

OBSERVATION II. — *Albuminurie chez une femme enceinte primipare. — Traitement par le régime lacté. — Guérison.* — (Observation recueill par M. PINARD, interne du service.)

La nommée Ch. J...; âgée de 28 ans, domestique, entre le 4 septembre 1873 à la Maternité, salle Sainte-Adélaïde, n° 5, service de M. Tarnier.

Cette femme, fortement constituée, n'offre rien d'important à noter comme antécédents. Elle fut réglée pour la première fois à 18 ans, et depuis très-régulièrement.

Dernière apparition des règles au mois de février 1873. A partir de ce moment apparaissent les phénomènes sympathiques de la grossesse : nausées, vomissements, etc. En somme, état général bon. Depuis un mois, œdème très-prononcé au niveau des membres inférieurs ; de plus, la faiblesse devint telle que la malade se décida à entrer à l'hôpital, ne pouvant plus travailler.

Etat actuel. — Muqueuses décolorées, souffle cardiaque à la base. Pas de troubles cérébraux, ni vertiges, ni épistaxis, ni bourdonnements d'oreille. Rien de particulier à noter du côté du ventre. On recueille dans les vingt-quatre heures, 680 centimètres cubes d'urine,

que M. Byasson, pharmacien en chef de la Maternité, veut bien analyser. Voici le résultat de son analyse :

Couleur jaune orange ; — Odeur normale ; — Réaction franchement acide ; — Aspect trouble.

Poids spécifique à 19° = 1030. — L'urine renferme] environ 1 g. 04 d'albumine par litre ; — Urée, 15 grammes"12 par litre.

Le chiffre de l'urée est très-faible eu égard à la densité, preuve certaine d'un trouble profond dans la nutrition générale, et de l'existence, dans l'urine, d'autres substances azotées, telles que créatine et créatinine en proportion anormale (Byasson).

5 *septembre*. M. Tarnier prescrit 3 litres de lait.

6 *septembre*. Quatre litres.

Les 7, 8, 9, 10, 11, même traitement. Le 12, l'œdème a totalement disparu. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Accouchée le 28 septembre d'un enfant pesant 3,900 grammes. Sortie guérie, le 9 octobre 1873.

Voici comment on peut résumer la formule ordinaire du régime que je prescrivais à mes malades :

1er jour : un litre de lait; deux portions d'aliments.

2e jour : deux litres de lait ; une portion d'aliments.

3e jour : trois litres de lait; une demi-portion.

4e jour et jours suivants : quatre litres de lait ou lait à discrétion, sans autre aliment, sans autre boisson.

Dans les cas graves, surtout si j'avais constaté quelques prodromes d'éclampsie, la gradation précédente n'a pas été observée, et les malades ont été mises d'emblée à trois ou quatre litres de lait par jour.

L'influence du régime lacté n'a jamais tardé à se manifester, et, huit ou quinze jours après le commencement du traitement, l'albuminurie a été en décroissance très-notable ou même guérie.

La guérison possible de l'albuminurie pendant la grossesse me fait espérer que dans bon nombre de cas on pourra prévenir l'éclampsie par le même moyen. En effet, il est admis par la plupart des accoucheurs que l'éclampsie ne se montre guère que chez les femmes atteintes d'albuminurie. Pour mon compte personnel, j'ai remarqué que, chez les albuminuriques l'éclampsie éclate très-souvent avant le début du travail et celui-ci ne se

manifeste qu'après l'invasion des accès convulsifs, mais si près d'eux que le médecin, qui est appelé en toute hâte, constate en même temps les signes de l'éclampsie et les phénomènes du travail de l'accouchement. On s'explique donc comment s'est accréditée l'opinon regrettable qui veut que l'éclampsie soit habituellement engendrée par les douleurs de l'accouchement, tandis qu'en réalité le travail se déclare le plus souvent après le début des accès convulsifs. Quelquefois, il est vrai, l'éclampsie n'apparaît qu'au milieu de l'accouchement ou même après la délivrance, mais, ici encore, elle a été précédée par l'albuminurie, et j'insiste sur ce point.

On m'objectera sans doute qu'il y a des observations d'éclampsie sans albuminurie; je le sais, mais ce sont là des faits extrêmement rares. Presque toujours, la cause de l'éclampsie se trouve dans les modifications produites sur l'organisme par une albuminurie préexistante; encore faut-il que cette dernière maladie ait duré un certain temps. Si l'on avait la possibilité de guérir l'albuminurie de la grossesse, on aurait trouvé du même coup le moyen de prévenir l'éclampsie.

Mes observations ne sont pas en nombre assez considérable pour que je puisse en tirer une conclusion générale; je me contenterai donc de dire ce que j'ai vu : chez les malades que j'ai soumises au régime lacté, l'albuminurie a disparu ou diminué rapidement, et il n'y a jamais eu d'éclampsie. En sera-t-il de même toutes les fois que ce régime sera appliqué *à temps?* Les insuccès seront-ils, au contraire, nombreux? c'est ce qu'il est impossible de savoir sans un grand nombre d'observations que je ne parviendrais pas à réunir à moi seul.

Actuellement j'attribue les succès que j'ai obtenus à ce que le régime lacté a été appliqué *en temps opportun.* L'albuminurie a une marche insidieuse et ne se revèle quelquefois par aucun signe, si on n'a pas le soin d'examiner les urines malgré les apparences de la santé la plus parfaite. Aussi toutes les femmes enceintes de mon service, infiltrées ou non, étaient-elles surveillées au point de vue de l'albuminurie, et leurs urines ont été analysées souvent. Dès que l'on constatait de l'albuminurie, le régime lacté était immédiatement appliqué et continué jus-

qu'à la disparition de l'albumine. Il ne faut pas se laisser surprendre par l'éclampsie, car il est alors trop tard.

Les faits que je signale aujourd'hui ne sont pas assez probants pour qu'il ne reste aucun doute dans mon esprit; cependant ils me paraissent assez intéressants pour souhaiter qu'ils suscitent des observations du même genre.

CADUQUE UTÉRINE EXPULSÉE SANS MÉTRORRHAGIE ET AVEC DES SIGNES D'HÉMORRHAGIE INTERNE; GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PROBABLE (1).

Par M. le Dr Féréol,
Médecin de la Maison municipale de santé.

(Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 13 août 1875).

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une caduque utérine expulsée, il y a déjà une quinzaine de jours, dans des circonstances assez intéressantes pour mériter, je crois, l'attention.

Le lundi matin, 26 juillet, au moment où je terminais ma visite, on apportait à la Maison de santé une jeune fille de 25 ans, couturière, qui paraissait sur le point de trépasser. Elle était absolument exsangue, d'une pâleur mortelle, dans un état syncopal incessant, répondant à peine aux questions qu'on lui adressait, vomissant tout ce qu'elle prenait; le pouls petit, filiforme, presque insensible, à 120; la température axillaire à 40; l'abdomen, très-ballonné, d'une sonorité tympanique, était couvert d'une couche d'onguent napolitain; il était généralement d'une sensibilité extrême, sans que la douleur parût occuper des foyers spéciaux. Cette jeune fille n'avait eu aucune hémorrhagie extérieure. Au toucher vaginal, on constatait à peine un peu d'empâtement vague dans les culs-de-sac postérieur et droit. L'utérus était immobile, le col entr'ouvert : point de tumeur appréciable.

On nous disait qu'elle avait eu une suppression de règles remontant à deux mois ; qu'elle était d'ailleurs d'ordinaire assez mal réglée, mais d'une santé assez bonne. Elle avait eu déjà deux enfants. La première couche, à l'âge de 20 ans, s'était très-bien passée ; la seconde, à l'âge de 23 ans, avait été suivie d'une pelvi-péritonite sérieuse, qui la tint au lit trois mois, mais dont elle s'était bien rétablie.

---

(1) Extrait de l'*Union médicale*, n° du 4 décembre 1875.

Pendant les deux derniers mois, où elle n'avait pas eu ses règles, elle avait eu quelques difficultés de digestion, sans vomissements. Elle n'avait pas senti ses seins se tuméfier; mais elle éprouvait une sensation de plénitude et trouvait que son ventre, habituellement gros, avait pris plus de développement. Du reste, eu égard, à ses habitudes de menstruation irrégulière et se rappelant ses précédentes grossesses, qui s'étaient développées sans lui causer presque aucun malaise, elle ne pouvait se rendre compte cette fois si elle était grosse ou s'il s'agissait d'un simple retard.

Quant aux derniers accidents qui amenaient cette femme à la Maison de santé, voici ce qui s'était passé :

Le mardi 20 juillet, elle s'était levée bien portante comme d'habitude, n'ayant senti aucun malaise les jours précédents ; dans le courant de la journée, elle était assise sur sa chaise, en train de coudre, quand tout à coup, et sans aucune cause appréciable, elle sentit une vive douleur dans le bas-ventre. Cette douleur devint assez forte pour qu'elle prît le lit, où elle resta deux jours, sans autre symptôme. Le jeudi 22, elle se releva pour reprendre son travail de couture ; mais la douleur du bas-ventre persistait, bien qu'un peu affaiblie. Néanmoins, le vendredi 23, la malade commit l'imprudence de sortir, et c'est alors, en rentrant chez elle, que la douleur acquit tout à coup une intensité extrême. La malade tomba dans un état syncopal, qui dure encore au moment où elle entre à la Maison de santé : pâleur extrême, vomissements ; pas d'hémorrhagie extérieure. Plusieurs médecins furent appelés et parurent assez embarrassés.

Tels sont les seuls renseignements qui nous furent donnés, tant au moment de l'entrée de la malade que plus tard.

Toujours est-il qu'à ce moment, la malade avait tellement l'apparence d'une femme qui va succomber à une hémorrhagie interne, que l'idée de la transfusion du sang se présentait sur-le-champ. Je résolus néanmoins d'attendre, en la surveillant de près. Je fis donner de la glace par petits fragments, avec quelques gouttes de cognac, et fis enlever oreillers et traversin, de manière à favoriser l'abord du sang au cerveau.

Elle resta ainsi jusqu'au lendemain matin, ayant eu quelque peu de sommeil la nuit. Les vomissements s'arrêtèrent, et, tout en restant d'une pâleur cadavérique, les lipothymies se suspendirent.

Je pus faire alors enlever, au moyen d'huile et d'eau savonneuse, la couche d'onguent napolitain qui couvrait le ventre, et je fis appliquer un large vésicatoire.

La journée se passa assez bien. La malade put prendre un peu de bouillon froid et de vin sans les vomir, et je lui fis administrer un peu d'opium, 0,10 en pilules de 0,02 espacées dans la journée.

C'est le surlendemain de son entrée, le 28 juillet au matin, qu'en

la touchant, je ramenai avec le doigt la membrane que je vous présente ici, et qui se trouvait libre dans le vagin, sans que la malade ait d'ailleurs perdu une goutte de sang; le doigt ne ramenait avec elle qu'un peu de mucus légèrement teinté en jaune sale. Cette membrane triangulaire, épaisse, villeuse sur une de ses faces, présentant sur l'autre des pertuis glandulaires évidents, est, à n'en pas douter, une caduque aussi caractérisée que possible.

L'état général de la malade continue en ce moment à s'améliorer lentement. La pâleur persiste encore, ainsi que la faiblesse. Le ventre sans être ballonné, reste volumineux et douloureux à la pression dans le flanc droit. Rien de notable au toucher vaginal. La fièvre est complètement tombée, et l'appétit renaît.

Il s'agirait maintenant d'interpréter le fait. Avant de l'essayer, je donnerai les renseignements qui m'ont été fournis par l'un des médecins de la ville qui ont visité la malade, M. le docteur Schloss, un de nos anciens collègues de l'internat, bien connu de beaucoup d'entre nous, et dont chacun estime le caractère et le savoir. Je transcris littéralement les notes qu'il m'envoie :

« Deux jours avant son entrée à la Maison municipale de santé, j'ai visité la malade chez elle. Je l'ai trouvée dans un état syncopal continuel, qui ne m'a pas permis de faire de longues explorations. J'ai seulement constaté une pâleur excessive, un pouls petit, filiforme, manquant parfois sous le doigt, un ballonnement très-grand du ventre; j'ai pensé à une hémorrhagie interne, et l'idée de la transfusion du sang m'est venue à l'esprit. »

Quel est maintenant, avec ces renseignements, le diagnostic que nous pouvons tenter de formuler?

J'écarte d'abord celui de la dysménorrhée membraneuse, puisqu'il n'y a pas eu de ménorrhée, pas le moindre écoulement sanguin par le vagin, avant, pendant, ni après l'expulsion de la caduque. On n'a même pas la ressource de penser que le flux menstruel aurait fait tout entier irruption dans le péritoine, sans trahir sa présence par une goutte d'hémorrhagie externe (ce qui serait, à coup sûr, fort exceptionnel) puisqu'on n'a pas trouvé dans les culs-de-sac vaginaux trace d'hématocèle.

S'agirait-il donc ici d'une simple métrite membraneuse? Contre cette hypothèse, je puis invoquer : 1° La soudaineté du

tain. Il doit être très-rare dans le cas de métrite, qu'il s'agisse de la métrite exfoliatrice ou de le métrite pseudo-membraneuse. On n'en trouve qu'un seul cas dans le mémoire de Huchard et Labadie-Lagrave (*Arch. de med.*, 1870, t. I, p. 684); et, dans ce cas, on avait fait force cautérisations de la muqueuse utérine avec des crayons de nitrate d'argent, chlorate de potasse, etc., ce qui diminue singulièrement la valeur du fait.

Quant à ce qui est de l'expulsion de la caduque dans les grossesses extra-utérines, on sait qu'elle a fait le sujet de controverses nombreuses. Admise aujourd'hui généralement (Bernutz, Stoltz, Courty, Gallard, Béhier, etc.), ne se peut-il pas qu'elle ait été niée précisément parce que la caduque passe inaperçue lorsqu'elle est rendue sans écoulement de sang qui attire l'attention de ce côté? C'est ainsi que, dans l'observation de Pierreson (*Bulletins* de la Soc. anat., 1861, p. 25), la caduque est expulsée sans hémorrhagie, bien que la malade « *soit à l'époque de ses règles, qui n'ont point paru.* » Ce cas, à part la terminaison qui a été mortelle, offre du reste avec mon observation une similitude frappante. D'où l'on peut inférer que l'expulsion de la caduque dans le cours d'une grossesse extra-utérine n'a pas toujours la signification pronostique du plus fâcheux augure que lui attribue M. Duguet (*Annales de gynécologie*, avril et mai 1874).

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR UN CAS DE PRÉSENTATION DE L'EPAULE DROITE EN POSITION CÉPHALO-ILIAQUE GAUCHE.— DISPOSITION ANORMALE DE L'ENFANT.

(Observation présentée à la Société de médecine pratique de Paris, le 1er juillet 1875).

Par le Dr **F. Vincent** (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine, etc.

S'il est une branche de l'art de guérir qui ait réalisé d'incontestables progrès dans les temps modernes, c'est assurément

l'obstétrique. Grâce aux travaux de Mauriceau, de Levret, de Baudeloque, de Mesdames Lachapelle et Boivin, des Dubois et de tous nos grands accoucheurs contemporains, la science et la pratique des accouchements sont arrivées à un degré de certitude qui approche de celle des sciences mathématiques, et nous porte bien loin du temps où Celse, pour opérer la version céphalique, donne le conseil de tirer sur le bras de l'enfant. En lisant dans nos traités classiques, qui résument leurs doctrines, les règles si simples, si précises et en même temps si rationnelles qu'ils ont établies, on serait tenté de croire que ces grands maîtres n'ont rien laissé à faire à leurs successeurs, si, de temps en temps, des cas, qui échappent à toutes les règles connues, ne venaient encore mettre le praticien en présence de difficultés imprévues. C'est un de ces cas, qui obligent le médecin à avoir recours à des procédés qu'il ne trouve point formulés dans ses livres, qui va faire le sujet de cette observation.

Le 8 mars 1872, j'étais appelé au village de Neuville, commune de Sainte-Feyre, à 6 kilomètres de Guéret, auprès de Marie Bidon, femme Tibord, en travail d'enfantement depuis vingt heures environ. Cette femme âgée de 42 ans, d'une assez bonne constitution, en est à sa deuxième grossesse. Dans la première, qui s'est terminée aussi favorablement que possible et sans difficulté, elle a donné le jour à une petite fille morte depuis à l'âge de 3 ans.

Arrivé auprès de la malade à 8 heures du matin, je la trouve dans l'état suivant : Le début du travail, ainsi que je l'ai dit, remonte à vingt heures environ, mais les douleurs n'ont été réellement fortes qu'à partir de minuit, au moment où a eu lieu la rupture de la poche des eaux. L'état général est bon ; les forces sont conservées; le pouls est fort et d'un fréquence moyenne. Elle n'a pas senti son enfant remuer depuis la veille au soir, et l'auscultation de la tumeur utérine ne me permet d'entendre, en aucun point, les bruits du cœur du fœtus. Il y a grande présomption de la mort du produit.

Le toucher vaginal fait d'abord constater dans la vulve la présence d'une main. La paume de cette main tirée hors des parties génitales, tournée en haut, le pouce regarde la cuisse droite de la mère ; ce qui indique que j'ai affaire à la main droite de l'enfant. Le doigt explorateur peut suivre le bras, dirigé à gauche, jusqu'au creux de l'aisselle et au moignon de l'épaule qui se trouve placé vers la fosse iliaque gauche de la mère. L'exploration poursuivie permet de sentir le bord de l'omoplate en avant et les côtes en arrière. J'ai évidemment affaire

à une présentation de l'épaule droite en position céphalo-iliaque gauche ; la tête de l'enfant doit se trouver, par conséquent, dans la fosse iliaque gauche de la mère. Mais cette fosse iliaque, examinée et explorée à l'extérieur, est déprimée et dépressible ; et il est impossible d'y trouver la tumeur que forme cette tête en pareil cas. Y a-t-il acéphalie ? C'est une question que je me pose naturellement. L'utérus forme à droite et en haut une tumeur arrondie, déterminée par le pelvis de l'enfant, et, tout à fait à la partie supérieure, une petite saillie dure, assez mal définie, que je considère comme formée par les pieds ; mais nulle part on ne trouve un indice quelconque accusant la présence de la tête.

En introduisant la main droite dans l'utérus, je vérifie encore, d'une manière plus complète, le diagnostic porté sur la présentation et la position. Je trouve en arrière le thorax de l'enfant ; puis, à sa droite, l'abdomen, l'ombilic et le cordon ombilical qui ne présente pas de pulsations, ce qui confirme que l'enfant est bien mort. Du côté de la mère, je constate que l'angle sacro-vertébral est proéminent et gêne les mouvements de la main. Je cherche les pieds et ne les trouve pas. Je suis obligé de retirer ma main paralysée par les contractions utérines très-énergiques ; mais une nouvelle tentative faite quelques instants après me conduit aux mêmes résultats négatifs. L'idée me vient alors que je pourrais bien avoir affaire à un monstre privé de la tête et des membres inférieurs ; et en présence des difficultés qui pourraient en résulter, en même temps que de l'incertitude du diagnostic, j'engage la famille à faire appeler un second médecin.

En attendant l'arrivée de mon confrère, je fais une troisième tentative qui me permet cette fois, en introduisant la main très-profondément, de toucher les pieds que je trouve très-élevés et séparés de l'abdomen par un large intervalle ; mais il m'est impossible de les saisir.

A son arrivée, mon jeune confrère et parent, le Dr Villard, constate ce que j'ai déjà exposé, arrive comme moi à toucher les pieds, mais ne peut les saisir. La fatigue de sa main l'oblige bientôt à cesser sa manœuvre et à me céder la place. En essayant sans succès de saisir un membre à sa racine, l'idée me vient *d'accoucher l'enfant par le périnée avec l'index, et de l'abaisser avec toute la force dont je peux disposer*, afin de mettre le membre inférieur plus à la portée de la main de l'opérateur. Cette manœuvre réussit : le Dr Villard, qui me remplace presqu'aussitôt, la continue et parvient à saisir, avec assez de facilité, un genou qui est amené à la vulve. Je dois dire que, dans cette dernière introduction de la main, il peut constater à gauche la présence de la tête déplacée, sans aucun doute, par le mouvement imprimé à l'enfant ; ce que, jusqu'à ce moment, nous n'avions pu

faire. Le reste de l'accouchement s'opère avec facilité, comme dans les cas ordinaires de version. Seulement, comme l'enfant est mort, nous laissons aux contractions utérines le soin d'expulser la tête dans le petit bassin. La proéminence du sacrum nous fait craindre effectivement, que la tête étendue ne s'accroche au détroit supérieur, difficulté que les tractions exercées sur le fœtus pourraient favoriser, sinon déterminer.

La délivrance est faite immédiatement, et les suites de couches ont été heureuses et sans complications, comme cela arrive le plus souvent dans nos campagnes où les femmes se lèvent quelquefois dès le surlendemain et peuvent vaquer impunément aux soins de leur ménage.

Le produit extrait est un enfant très-bien conformé, avec sa tête et ses jambes qui, pour moi, s'étaient trouvées, pendant quelques heures, à l'état latent. Son état est celui d'un enfant à terme, et son parfait état de conservation indique que la mort est récente.

Après l'exposition que je viens de faire, il est facile de se rendre compte de la disposition singulière que l'enfant affectait dans le sein de sa mère : les membres inférieurs, au lieu de présenter, comme d'habitude, la double flexion de la cuisse sur l'abdomen et de la jambe sur la cuisse, formaient une ligne droite dont l'extrémité anguleuse, représentée par les pieds, accrochait la tête. Par cela même, cette dernière, fléchie outre mesure sur la poitrine, se trouvait refoulée en arrière vers la ligne médiane de l'abdomen; ce qui explique pourquoi on ne la rencontrait pas dans la fosse iliaque gauche où elle aurait dû se trouver. Dans cette disposition, le tronc et les membres inférieurs formaient entre eux un angle très-ouvert dont la mesure était représentée par toute l'épaisseur de la tête ; ce qui explique pourquoi ces membres très-éloignés du tronc se trouvaient situés si profondément et, par suite, si difficiles à atteindre avant le traction exercée sur le périnée. La flexion exagérée de la tête devait entraîner celle de la colonne vertébrale, de sorte que l'enfant, affectant une disposition circulaire, figurait assez bien le serpent symbolique qui se mord la queue. Dans cette situation, par quelque point du cercle que se présentât l'enfant, il devait y avoir dystocie et, par suite, intervention du médecin.

La flexion exagérée de la tête n'a-t-elle pas contribué à ame-

ner la mort du produit par la gêne plus grande de la circulation dans les vaisseaux cervicaux, pendant les contractions utérines? C'est une question que je pose sans essayer de la résoudre; l'autopsie n'a pas été faite, et je suis convaincu qu'elle ne s'est présentée à l'esprit ni de mon confrère ni de moi, au moment où il nous aurait encore été possible de recueillir quelques indices.

J'ignore si un cas semblable existe dans les archives de la science. Toujours est-il qu'il doit se présenter très-rarement, car, à cet égard, toutes les recherches, que j'ai faites dans les traités d'accouchement et les collections de journaux que je possède, ont été complètement négatives. A ce titre, celui-là mérite d'être signalé.

Cette observation pourrait à la rigueur se passer de commentaires. Elle porte, en effet, son enseignement en elle-même relativement à la conduite à tenir en semblable occurrence. Cependant l'application possible de la manœuvre que nous avons employée, à des cas différents, me fera ajouter quelques mots.

Dans un cas de présentation céphalo-iliaque gauche avec sortie totale du bras gauche, inséré dans l'*Abeille médicale*, année 1852, page 338, Pamard (d'Avignon) enfonça le crochet mousse du manche du forceps dans les parois abdominales de l'enfant mort, vers la base de la poitrine, et, par des tractions exercées sur celle-ci et la colonne vertébrale, parvint à faire remonter la tête et l'épaule et à amener au détroit inférieur l'extrémité pelvienne. Dans un cas analogue, si l'enfant vivait encore et s'il était possible de le saisir par le périnée avec le crochet mousse, comme nous l'avons fait avec notre doigt sur l'enfant de la femme Tibord, il est évident que cette manœuvre aurait tout avantage à être employée de préférence à celle de Pamard, puisque, par elle, il serait possible de conserver la vie au produit.

ACCOUCHEMENT PAR LA MÉTHODE DES TRACTIONS INSTRUMENTALES ET MANUELLES COMBINÉES. -- SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT ; CE DERNIER S'ÉTANT PRÉSENTÉ PAR LE SOMMET AVEC PROCIDENCE D'UN BRAS ET ENROULEMENT DU CORDON OMBILICAL AUTOUR DU COU.

Par M. le Dr Pros (de la Rochelle).

Dans le courant du mois de septembre de l'année qui vient de s'écouler, je fus appelé par Mme Rudelin, sage-femme, pour terminer un accouchement chez une primipare, laquelle, après un travail régulier de plus de quinze heures, éprouvait depuis près de quatre heures les plus violentes et presque permanentes douleurs expulsives, sans résultat pour sa délivrance. Chez cette patiente, l'enfant, se présentant en position symphysienne, était comme arrêté d'une manière fixe et à moitié de l'excavation pelvienne. Bien convaincu de ne pouvoir me dispenser d'intervenir dans ce cas par le forceps, je plaçai la malade sur mon cadre-lit, et, usant de ma méthode des tractions instrumentales et manuelles combinées, je terminai promptement cet accouchement, dont il ne m'avait pas été donné de connaître la cause du retard. — La sûreté et la douceur de mes manœuvres, en même temps que la manière intelligente dont le périnée fut soutenu par Mme Rudelin, me permirent de délivrer, très-rapidement et très-heureusement, la patiente d'un enfant très-fort, qui, bien que légèrement asphyxié en venant au monde, ne tarda pas à respirer largement, pour jouir ensuite d'une excellente santé.

Je n'aurais certainement pas donné la relation de cet accouchement, si deux causes de distocie n'y attachaient quelque intérêt : un double enroulement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant et la procidence d'un bras. Avoir terminé rapidement par le forceps cet accouchement, avec les moyens dont je disposais, ne signifierait rien ; mais n'y eut-il que l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant et la procidence d'un bras à s'opposer à l'expulsion naturelle de la tête ? Je ne le pense pas. Je suis porté à croire qu'à ces deux causes il faut en ajouter une troisième : l'effet produit par le relèvement du bras procident (lequel était replié sur lui-même) sur la région latérale de la tête correspondante. Par son tiers supérieur, ce bras ayant augmenté le diamètre bi-acromial de 4 centimètres au moins, dut s'opposer énergiquement à la terminaison de l'accouchement. Cette interprétation n'est peut-être pas assez généralement signalée, et cependant je la crois digne d'être prise en sérieuse considération, dans

bien des cas analogues à celui qui fait le sujet de la présente observation, aussi bien que la méthode que j'emploie pour ne pas m'exposer à saisir entre les cuillers de mon forceps et la tête de l'enfant un bras dont la procidence me serait inconnue. Cette méthode consiste à appuyer l'une après l'autre les cuillers de *mon instrument* sur la commissure postérieure de la vulve, pour de là suivre le milieu de la courbure du sacrum, et ensuite, en rasant la tête de l'enfant, les appliquer aux extrémités de son diamètre bi-pariétal, qu'il s'agisse d'une présentation du sommet ou de la face, sans distinction de position, aussi bien dans l'excavation du petit bassin que dans celle du grand.

Dans votre plus prochain numéro, monsieur le rédacteur, je vous prierai de faire paraître le dessin de mon appareil obstétrical, que vous connaissez déjà et auquel je crois avoir donné les derniers perfectionnements dont j'étais capable. — J'essaierai, à cette occasion, de répondre à la plupart des objections aussi justes que consciencieuses que le très-honorable M. le Dr Bailly a publiées en 1861, avec sa haute intelligence, dans sa thèse sur l'emploi de la force dans les accouchements. Cette thèse occupe, comme on le sait, une place très-importante dans les annales de la science des accouchements.

Sans prétention obstétricale de quelque ordre que ce soit, je me propose, du reste, par la suite, de faire connaître à l'Ecole pratique de Paris aussi bien mon appareil obstétrical que ma méthode de tractions instrumentales et manuelles combinées. J'ai la ferme conviction que cette dernière ne relève pas de celle du vétérinaire. Elle met en œuvre des moyens avec lesquels l'accoucheur n'aura pas toujours le droit de mutiler l'enfant, quand, par quelque cause que ce soit, il lui sera impossible de l'extraire mort ou vif, par le seul secours de ses tractions manuelles, des organes maternels.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sur l'ablation du corps de la matrice dans l'inversion utérine irréductible par hystérotomie externe. — M. Donné communique à l'Académie un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° L'hystérotomie externe est une ressource chirurgicale extrême, mais précieuse, pour les cas d'inversion irréductible qui menacent immédiatement la vie des malades ;

2° Cette opération n'offre pas une mortalité plus grande que celle de la plupart des opérations graves ;

3° Dans l'état actuel de la science, elle doit être faite de préférence par la ligature, en tenant compte des perfectionnements apportés à cette méthode;

4° Les premiers mois d'une inversion, même la première année, doivent, autant que possible, être soumis aux tentatives répétées de réduction, à la lactation, qui supprime en général les hémorrhagies, aux palliatifs de toute sorte;

5° L'opération doit être réservée pour les cas reconnus irréductibles, et pour cette époque déjà éloignée du début de la maladie où la la matrice renversée est complètement revenue sur elle-même et a pris une forme nouvelle, définie, subie par les organes circonvoisins, et qui laisse beaucoup moins de prise à l'inflammation péritonéale, qu'il faut éviter à tout prix. (*Séance du* 9 *novembre* 1875.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Abcès mammaires. — M. Gillette communique le travail suivant : Les abcès mammaires que j'ai eu l'occasion d'observer, durant ces derniers mois, dans les hôpitaux de Paris, appartenaient tous à la grande classe des abcès chauds, et étaient *post-puerpéraux* dans la grande majorité des cas; cependant deux fois ils se sont manifestés *pendant le cours de la grossesse*, ce qui est relativement assez rare, car les auteurs n'en font guère mention, et cela chez des femmes dont la mamelle était très-volumineuse et pendante. Quand ils surviennent dans cette circonstance, c'est principalement pendant les derniers mois de la gestation, au moment où la glande devient ou va devenir le siége d'une fluxion plus ou moins intense. Je me souviens cependant en avoir observé un exemple à la Charité, en 1863 (dans le service de Denonvilliers, dont j'étais alors l'interne), qui s'était développé vers le quatrième mois. Il s'agissait d'une fille de 18 ans, qui fit une fausse couche et alla jusqu'à nier son état de grossesse, au moment même de l'expulsion du fœtus. A la suite de l'ouverture de l'abcès, elle fut prise d'érysipèle gangréneux et ne tarda pas à succomber. Dans les cas de cette nature, un moyen prophylactique, qui nous semble présenter de grands avantages pour favoriser la circulation en retour, empêcher la stagnation du sang, produire le dégorgement de la glande et prévenir la production de nouvelles collections, est l'emploi du *suspensoir de la mamelle*, qu'on obtient en disposant en bandoulière, au-dessous de chacun des seins, un fichu plié en cravate, dont les extrémités se rejoignent derrière le tronc. Cette précaution peut paraître puérile, tant elle est simple, et cependant, du jour

au lendemain, nous l'avons vue soulager les malades, qui en retiraient toujours un véritable bien-être.

Mais, je le répète, les *abcès post-puerpéraux* sont de beaucoup les plus fréquents : ceux qu'il nous a été donné de traiter reconnaissaient pour cause, comme on le voit presque toujours, la persistance des *gerçures*, qui elles-mêmes avaient été le résultat de l'irritation incessante d'un mamelon, très-court et n'ayant pas encore servi, par la bouche de l'enfant. — Nous ne pouvons nous dispenser, à ce propos, de faire remarquer combien ces gerçures sont parfois rebelles aux divers moyens thérapeutiques employés : les bouts en caoutchouc, la baudruche collodionnée, nous ont bien donné quelques résultats; mais dans certains cas nous avons vu échouer les applications astringentes et même caustiques. — Un des meilleurs moyens que j'ai utilisé avec succès, là où je n'avais pu rien obtenir à l'aide des autres solutions ou pommades, est l'emploi d'un remède populaire déjà ancien, mais cependant assez répandu, quoiqu'il soit mentionné dans l'ouvrage de M. Tarnier : je veux parler du *cosmétique* Delacour, dans la composition duquel le tannin entre très-probablement pour une large part, et qu'on étale, avec un pinceau de blaireau, sur les gerçures, immédiatement après la succion exercée par l'enfant. A l'usage de ce cosmétique, j'y ai joint celui de *petits chapeaux de plomb* appliqués continuellement sur les mamelons, dont ils favorisent singulièrement l'érection, en entretenant à leur surface une humidité incessante. L'enfant n'est plus obligé alors de faire des tractions violentes pour donner issue au lait, et les gerçures ne tardent pas à se cicatriser.

La *thérapeutique* ne doit pas être identique, à notre avis, pour toutes les variétés d'abcès du sein indistinctement. Au premier abord, il semble qu'en présence d'un de ces abcès complètement constitué, il ne reste plus, comme dans les autres régions du corps, qu'à donner issue au pus : c'est une opinion que nous sommes loin de partager, et nous pensons qu'en pareil cas, le rôle du chirurgien ne doit pas toujours se borner à plonger le bistouri au centre de la collection.

Au point de vue thérapeutique, aussi bien qu'au point clinique, la division établie par Velpeau doit sans cesse être présente à notre esprit, à savoir :

Les abcès de l'aréole;
— parenchymateux;
— profonds et sous-mammaires.

Pour les *abcès de l'aréole* (*abcès tubéreux* de Velpeau), l'avis des chirurgiens est à peu près unanime aujourd'hui : nous devons nous borner à l'expectation, c'est-à-dire, à appliquer des cataplasmes émollients (les cataplasmes de fécule nous paraissent les meilleurs), à faire de légères frictions avec la pommade à l'extrait de belladone, et à at-

tendre que la mince pellicule tégumentaire s'ouvre d'elle-même pour donner issue au pus. — Mais, pour les *collections parenchymateuses*, il n'en est plus de même, et ici commencent les divergences.

Les uns, et M. Labbé parmi eux, pratiquent de larges et profondes incisions dans l'épaisseur de la glande mammaire. C'est évidemment un excellent moyen de produire le dégorgement plastique le plus complet, d'éviter la formation successive des abcès, et de débarrasser le plus promptement les malades; mais, outre que cette méthode laisse après elle des cicatrices très-difformes, elle expose aux accidents inflammatoires et à des fistules laiteuses intarissables; aussi ne l'avons-nous pas employée. — D'autres chirurgiens plus modérés (et c'est le plus grand nombre) ne font que ponctionner ou inciser moins largement. Velpeau recommande de ne pratiquer l'ouverture que lorsque la fluctuation est bien évidente, et considère *comme nuisible l'ouverture prématurée*; d'autres enfin, essentiellement *temporisateurs*, laissent ces abcès s'ouvrir d'eux-mêmes à l'extérieur. — J'avoue que je suis grand partisan de cette expectation, que Ph. Boyer a préconisée, il y a trente ans, un des premiers, et qui est adoptée, depuis nombre d'années, par les professeurs Gosselin, Verneuil, etc. « Dans les premières années de ma pratique, dit le premier de ces chirurgiens, je suivais les préceptes donnés par Boyer, et j'incisais largement la glande, pour prévenir la formation de fistules; mais l'expérience m'a appris que ces manœuvres avaient le double inconvénient de l'inutilité et du tatouage de la peau de la mamelle par d'énormes cicatrices; aussi maintenant *j'abandonne constamment ces abcès à la nature.* » Outre cette considération, qui a bien sa valeur, surtout quand il s'agit des femmes du monde, voici les raisons qui me paraissent de nature à légitimer jusqu'à un certain point cette préférence. La région mammaire et la glande elle-même sont extrêmement riches, tant en vaisseaux sanguins qu'en réseaux et troncs lymphatiques aboutissant à un système ganglionnaire des plus prononcés, et c'est là une disposition anatomique suffisante à expliquer la crainte qu'on a de voir se développer, après l'emploi du bistouri, soit l'érysipèle, soit les adénites, soit les inflammations angioleucitiques. — Les faits cliniques sont venus, du reste, confirmer, au moins dans certains cas, ce que la théorie avait permis de supposer. En effet, M. Gosselin nous dit, dans sa *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité* (t. II, p. 55; 1873), que, depuis 1862, il a tenu note de tous les cas d'abcès mammaires post-puerpéraux qu'il a eu l'occasion de traiter à l'hôpital Beaujon, à la Pitié et à la Charité. Jusqu'en 1865, il les ouvrait, comme le font les autres chirurgiens; or, il a eu l'occasion d'observer *quatre cas* d'érysipèles ambulants graves, partis de l'incision, et dont deux se sont terminés par la mort. — Convaincu, comme il l'a fait ressortir dans ses travaux sur l'érysipèle, que d'abord les femmes sont un peu plus

exposées à l'érysipèle opératoire que les hommes, et qu'ensuite *la région mammaire est*, sans que nous puissions l'expliquer, *l'une de celles sur lesquelles l'érysipèle est le plus fréquent et le plus grave* (nous aurions tendance à attribuer cette fréquence à la richesse des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la région), ce professeur adopte, pour l'hôpital, la règle d'abandonner à eux-mêmes les abcès de mamelle. — Toutefois, pour juger la question d'une façon complète, on devrait évidemment rechercher dans la science tous les cas où l'ouverture d'abcès de ce genre a été suivie d'érysipèle, et voir si un nombre égal de faits traités par l'expectation se sont ou non terminés par de semblables accidents, et il faudrait rassembler, pour arriver à des conclusions, un très-grand nombre d'exemples. Or, ce contrôle nous paraît offrir certaines difficultés, les chirurgiens temporisateurs pour ces abcès se trouvant jusqu'à présent en minorité.

D'autre part, et nous avons pu nous en convaincre chez une Allemande que nous avons traitée de cette manière à l'hôpital Necker, la *cicatrice* qui résulte de l'ouverture spontanée de ces collections est pour ainsi dire *insignifiante*. Or, quelle que soit la parcimonie avec laquelle agisse le bistouri, il reste toujours, après son emploi, tout au moins une trace linéaire qu'on peut éviter par la temporisation.

Telles sont les quelques raisons qui nous font pencher plus volontiers vers la méthode expectante. Une seule circonstance cependant nous laisserait dans le doute : je veux parler des abcès dont la formation s'accompagne de *douleurs excessives*, surtout pour les collections un peu profondes. L'incision calme ces douleurs : le fait clinique est incontestable ; mais, si elle expose réellement à l'érysipèle, devons-nous passer outre et employer quand même le bistouri ? Eh bien, dussions-nous paraître un peu timoré, je crois, à moins d'avoir en quelque sorte la main forcée par les sollicitations de la malade, que, puisque l'expectation n'offre aucun danger, on doit y avoir encore recours en employant concurremment les *narcotiques*, soit à l'intérieur, soit en applications sur la mamelle. Enfin, si l'élément douleur ne peut être calmé par aucun de ces moyens, si les phénomènes généraux, que l'on doit surveiller avec une scrupuleuse attention, deviennent plus intenses, je donnerais encore la préférence à l'application d'une mince traînée de *caustique* (pâte de Vienne), qui, si elle a l'inconvénient de donner après la guérison une cicatrice un peu plus large, expose peut-être moins les malades aux accidents inflammatoires.

Quant aux *abcès sous-mammaires*, la temporisation n'est indiquée que jusqu'au moment où apparaît la fluctuation : on devra alors pratiquer une large ouverture, soit avec le bistouri, soit avec la pâte de Vienne, dans la partie la plus déclive et la plus accessible de la tumeur, c'est-à-dire en dehors et en bas.

Une fois la collection ouverte, soit d'elle-même, soit à l'aide de l'instrument tranchant, le rôle du chirurgien n'est pas terminé ; ainsi il doit faire à chaque pansement ou plutôt engager la malade à faire des *pressions* modérées sur le sein, pour donner issue au pus. Quelquefois, lorsque l'ouverture a eu lieu spontanément, il n'existe qu'un pertuis trop étroit : on peut alors, comme l'a indiqué M. Polaillon, enfoncer un petit *trochiste* de pâte de Canquoin, qui détermine une eschare laissant à sa suite un trajet suffisant pour permettre un écoulement facile du pus.

Le *drainage* nous a donné d'excellents résultats, et, sans même faire de contre-ouverture, nous avons pu soulager les malades et favoriser la sortie du liquide, en enfonçant profondément dans le trajet fistuleux la *sonde molle en caoutchouc rouge*, dont on se sert journellement pour le cathétérisme, dans le cas de cystite et prostatite, et par laquelle il nous a été facile de pratiquer des injections modificatives d'eau faiblement alcoolisée ou d'eau additionnée d'une petite quantité de teinture d'iode. Enfin, lorsque plusieurs abcès s'étaient ouverts successivement, étaient restés longtemps fistuleux et donnaient lieu à cette variété dite *mamelle en écumoire*, dans laquelle les tissus superficiels et profonds sont infiltrés de matière plastique, nous avons retiré un grand bénéfice de la *compression* appliquée d'une façon intermittente.

Pendant toute la durée du traitement, nous avons jugé essentiel de maintenir la mamelle relevée sur la paroi du thorax, comme nous l'avons indiqué plus haut.

En résumé, je crois qu'il ne doit y avoir, dans la thérapeutique des abcès du sein, aucune règle absolue, mais qu'on peut, d'une façon générale :

1° S'abstenir d'ouvrir les abcès de l'aréole;

2° User également, et dans la majorité des cas, de la temporisation pour les abcès parenchymateux, à moins de la production de douleurs excessivement vives;

3° Employer, dans ce dernier cas, avec avantage les caustiques;

4° Se servir du drainage et de la sonde molle en caoutchouc, qui est un moyen excellent;

5° Prévenir le développement des abcès, aider au dégorgement de la mamelle et éviter la formation de nouvelles collections, en relevant continuellement les mamelles sur le thorax, par le double fichu en bandoulière.

DISCUSSION.

M. Blondeau pense que le tannin forme la partie active du cosmétique de Delacour. Je demanderai à M. Gillette si, en pareil cas, il a essayé tout simplement la décoction, ou l'extrait, ou la teinture de ratanhia.

M. Gillette. — Chez une malade qui portait des gerçures, j'ai tout essayé, rien n'a réussi, l'enfant n'a recommencé à téter et la mère n'a cessé de souffrir qu'après l'emploi de ce cosmétique.

M. Leblond. — M. Gillette vient de nous dire qu'il faut temporiser avec les abcès parenchymateux, je ne pense pas que cela puisse être admis en règle générale. Dans le cas où l'abcès est tant soit peu profond, a, par conséquent, une certaine tendance à devenir sous-mammaire, je pense qu'il faut intervenir d'assez bonne henre et placer une sonde à demeure dans l'ouverture pratiquée. J'ai suivi cette pratique dans plusieurs cas, et j'en ai obtenu d'excellents résultats.

M. de Ranse. — Les accidents consécutifs à l'ouverture des abcès par le bistouri, ont-ils été observés en ville ou dans les hôpitaux?

M. Forget. — M. Gillette a divisé les abcès de la mamelle en aréolaires, en sous-mammaires et en parenchymateux. Je ne veux pas revenir sur cette grande question, si bien traitée jadis par Velpeau. Mais je ne crois pas que M. Gillette propose la temporisation pour tous les abcès parenchymateux. Ceux-ci, en effet, ne se ressemblent pas tous. Ainsi, il en est qui pointent et, tout en étant profonds, ne s'étendent pas latéralement.

Il faut les ouvrir de bonne heure, et le bistouri, plongé dans ces abcès, en fait jaillir une véritable fusée de pus, dont on aide l'issue en exerçant une pression latérale. On peut perpétuer cette pression par des applications de collodion qui s'opposent en même temps à la propagation de l'inflammation.

Il faut agir de même avec les abcès profonds sous-mammaires, surtout lorsqu'en exerçant une pression directe d'avant en arrière, on voit se produire un bourrelet latéral, formé par le refoulement du liquide. On ouvre alors dans un point saillant, et l'on établit une compression permanente. Mais en somme, il ne peut y avoir de règles absolues pour le traitement de ces abcès, au point de vue de leur ouverture.

M. Gillette. — Je répondrai d'abord à M. de Ranse que dans un cas cité par M. Gosselin, où l'ouverture de l'abcès par le bistouri fut suivie d'érysipèle et de mort, il s'agissait d'une malade de la ville.

Quant à la temporisation que je préconise, je ne fais en cela que suivre l'exemple de mes maîtres, je crois cependant qu'il faut faire exception pour les cas cités par M. Forget, et se guider alors sur la douleur et la fièvre, mais en admettant que l'ouverture soit néces-

saire, j'emploierai pour ce fait les caustiques et non le bistouri. La compression est un moyen bien douloureux, mais cependant je la crois utile, surtout dans les abcès multiples.

M. Forget. — J'ai, pour ma part, ouvert bien des abcès du sein, à l'aide du bistouri, sans avoir jamais constaté d'accident, et, de plus, j'hésiterai à me servir des caustiques, surtout chez une femme jeune, qui conservera une cicatrice difforme. Il faut songer aussi que les caustiques entraîneront la destruction de bon nombre des vaisseaux galactophores. Cette crainte si grande de l'érysipèle, qui vient aujourd'hui désarmer le chirurgien en repoussant le bistouri, tient à la fréquence des épidémies dans les hôpitaux. Mais j'ai vu des brûlures donner lieu à des érysipèles, et je ne vois pas pourquoi les caustiques n'en amèneraient pas.

M. Leblond. — Un autre inconvénient me semble résulter de l'emploi des caustiques : c'est le temps qui sera nécessaire pour arriver jusqu'à l'abcès, quand celui-ci est situé un peu profondément. On sait que dans un grand nombre de cas, il faut plonger le bistouri à trois ou quatre centimètres, et même davantage. Si l'on se sert des caustiques en pareils cas, il faudra donc faire des applications successives.

M. Gillette. — Je ne chercherai pas pour ma part à juger la question de la valeur comparative des caustiques et du bistouri. Je raisonne ainsi, parce que des chirurgiens, et M. Gosselin, entre autres, ont eu des accidents, et s'il est prouvé que les caustiques mettent à l'abri de l'érysipèle, je n'emploierai pas le bistouri. Quant à la cicatrice, elle n'est pas grande, si l'on a soin de bien appliquer le caustique. Dans le cas que j'ai cité, j'ai guidé l'eschare comme j'ai voulu.

M. Mercier. — Je ne voudrais pas parler de ma pratique, mais j'ai ouvert bien des abcès par le bistouri, sans accidents consécutifs. Que prouvent deux cas malheureux? A côté de cela, les caustiques ne manquent pas d'inconvénients, et il ne faut pas que l'eschare soit bien large pour détruire un grand nombre de vaisseaux galactophores.

M. Polaillon. — Dans le traitement des abcès de la mamelle, je suis partisan de l'expectation, à moins que l'abcès soit sous-mammaire.

En tout cas, les raisons pour lesquelles je m'abstiendrai sont les suivantes : 1° les cicatrices qui résultent de l'ouverture spontanée sont insignifiantes et disparaissent même complètement par la suite, tandis qu'après une incision, il reste au moins une trace linéaire. 2° L'incision n'expose pas toujours à l'érysipèle, cependant les régions riches en vaisseaux lymphatiques sont particulièrement prédisposées à cette complication, ainsi qu'aux traînées angioleucitiques.

L'avantage du bistouri est de faire cesser la douleur, et d'agir comme antiphlogistique, mais par contre on peut craindre l'érysipèle et la cicatrice qui résulte de l'ouverture est plus apparente. Parfois, lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, il n'existe qu'un petit pertuis insuffisant pour l'écoulement du pus; on peut alors enfoncer là un petit trochisque de pâte de canquoin, l'eschare tombe facilement et laisse une ouverture suffisante. Si d'autres abcès se forment, on les laisse s'ouvrir spontanément. Enfin, s'ils communiquent entre eux, en laissant au milieu de la mamelle une espèce de caverne, on introduit des tubes de drainage, soit par l'ouverture existante, soit en traversant la glande. En résumé, je suis partisan de l'expectation dans presque tous les cas, des caustiques dans les cas particuliers que je viens d'indiquer, et je ne trouve au bistouri d'autre avantage que de faire cesser plus vite la douleur.

M. DE BEAUVAIS. — J'ai vu, en 1845, pratiquer la temporisation dans le service de Ph. Boyer, qui s'appuyait sur les mêmes raisons que M. Polaillon, et j'ai moi-même obtenu de très-bons résultats en me conformant à cette méthode (*Séance du* 9 *novembre* 1875).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Du placenta fœtal des pachydermes. — M. DASTRE qui a étudié ce placenta avec soin, communique le résultat de ses recherches.

Chez le porc, les replis villeux qui constituent le placenta sont disposés radiairement autour de petits foyers chauves ou glabres. La structure du stroma chorial est modifiée dans ces points. De plus, les villosités ne s'étendent point sur toute la surface du chorion : elles laissent libre, de part et d'autre d'une zone moyenne, deux bandes mal délimitées.

Chaque moitié du sac chorial se divise en trois zones : une zone moyenne à la fois vasculaire et villeuse ; une zone seulement vasculaire mais non villeuse faisant suite à la précédente ; enfin une troisième zone (*cornes du chorion*) qui n'est plus ni vasculaire ni villeuse.

Dans l'épaisseur du stroma chorial des ruminants et des pachydermes, on trouve en outre un réseau d'aspect crayeux, formé principalement par un dépôt de phosphate de chaux. Les *plaques choriales* de ce dépôt sont dans une relation intime avec la fonction du placenta fœtal. Or, chez les pachydermes, elles affectent la même situation que les villosités : elles existent seulement dans la zone moyenne.

Il y a donc là, chez les suidés, le rudiment de la disposition zonale,

qui s'accentue chez les éléphants (*Proboscidiens*) et atteint son épanouissement chez les carnivores. — Le rapprochement fait par les auteurs entre les suidés et les ruminants n'admet pas de base : celui des suidés et des carnivores serait beaucoup mieux fondé.

M. Dastre fait remarquer que M. le professeur Turner, d'Edimbourg, est arrivé à la même conclusion, dans un mémoire inséré au *Journal of Anatomy and Physiology*, numéro d'octobre 1875.

Le mémoire de M. Dastre était déposé à la Faculté des sciences, au moment où est parvenu à Paris le mémoire de Turner. La communication de M. Dastre n'avait pour objet que de faire constater la manière indépendante, dont il était parvenu aux mêmes résultats que le professeur Turner. (*Séance du* 11 *décembre* 1875.)

De la section du cordon ombilical. — M. Budin a cherché à déterminer, en se basant sur les conseils de son maître M. Tarnier, et sur soixante-quinze observations personnelles, à quel moment il convenait le mieux de pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical. Il est arrivé à démontrer que si l'on pratique cette section immédiatement après la naissance, on empêche l'enfant de profiter de 92 grammes environ de sang du placenta, ce qui, chez l'adulte, équivaudrait à une saignée de 1,700 grammes. A ce point de vue, il convient donc de ne pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que une ou deux minutes environ après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige. Mais cette pratique est-elle sans inconvénient pour la mère, au point de vue de la délivrance? On sait, en effet, que certains auteurs conseillent de laisser le placenta gorgé de sang pour rendre son décollement plus facile; mais M. Budin a pu s'assurer que le placenta vide de sang se décolle plus facilement et passe plus facilement à travers le col revenu sur lui-même, que celui qui est gorgé de sang. Toutefois, il aurait désiré faire un plus grand nombre d'expériences, mais il a dû céder devant les réclamations des *tireuses de cordon* de la Maternité.

M. Parrot n'admet pas qu'on puisse comparer la section du cordon à une saignée qui serait faite à l'enfant, puisqu'il se fait une compensation, une sorte d'équilibre entre le sang que l'enfant reçoit et celui qu'il rend par les artères ombilicales.

M. Dumontpallier pense que le meilleur moyen de savoir si l'enfant gagne ou non à n'être point séparé immédiatement de la mère serait de le peser au moment de sa sortie et quelques minutes après.

M. Budin partage l'opinion de M. Dumontpallier, mais déclare que ce moyen n'est pas pratique.

M. Paul Bert fait observer qu'il y aurait cependant un grand intérêt à faire l'expérience proposée par M. Dumontpallier.

Après un échange d'observations sur ce sujet entre MM. Budin, Javal, Paul Bert et Hénocque, la séance est levée à cinq heures trois quarts. (*Séance du 11 décembre 1875.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel d'accouchements, comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, par le Dr Carl Schrœder, professeur d'obstétrique et directeur de la Maternité à l'Université d'Erlangen. (Traduit de l'allemand sur la 4e édition, et annoté par le Dr A. Charpentier, ancien chef de Clinique d'accouchements, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.)

Avant d'entrer dans les détails de l'analyse, nous devons adresser à M. Charpentier nos plus sincères remercîments ; car en lisant, en étudiant avec le plus grand soin ce livre, nous avons compris combien la tâche qu'il a entreprise et menée à si bonne fin a dû être ingrate et difficile. En présence de difficultés sans nombre, il n'a pas reculé, et grâce à sa persévérance, nous sommes à même de connaître et de juger un des livres les plus estimés et les plus répandus de l'autre côté du Rhin.

Ce livre n'est ni un manuel, ni un traité complet d'accouchements ; on y trouve des questions plus développées que dans aucun de nos traités classiques, mais on y remarque aussi des lacunes qui n'existent pas dans nos modestes Manuels. Et, bien que M. Charpentier annonce, dans la Préface, que ce livre lui semble de beaucoup supérieur à tous les livres analogues français, il a été obligé, afin d'en faire un ouvrage à peu près complet, d'ajouter non pas de nombreuses notes, mais plutôt de véritables chapitres. De sorte que nous serons obligé tout à l'heure d'examiner ce qui appartient à Schrœder et ce qui appartient à M. Charpentier.

Le traducteur nous annonce qu'il a scrupuleusement respecté la pensée de l'auteur, nous le regrettons beaucoup pour notre part, car par instant, elle est tellement nuageuse qu'elle devient impossible à saisir. Il y a par exemple un certain chapitre à propos de l'extraction par les pieds, où il est bien difficile de s'y reconnaître. Quant aux divisions de l'ouvrage, elles ne sont pas tant s'en faut « essentiellement basées sur la pratique, » et il nous serait facile de démontrer que bien des chapitres ne sont pas à leur place.

Voici quelles sont les grandes divisions adoptées par Schrœder :

1re PARTIE. — Introduction, Anatomie et Physiologie du bassin.
2e PARTIE. — Physiologie de la grossesse.
3e PARTIE. — Physiologie de l'accouchement.
4e PARTIE. — Physiologie des suites de couches.
5e PARTIE. — Opérations obstétricales.
6e PARTIE. — Pathologie et traitement de la grossesse.
7e PARTIE. — Pathologie et traitement de l'accouchement.
8e PARTIE. — Pathologie et traitement des suites de couches.

Chacune de ces parties comprend un nombre considérable de chapitres. En tête de chaque chapitre, on trouve un index bibliographique incomplet, ainsi que le confesse Schrœder lui-même, mais dans lequel, dit l'auteur, « je me suis borné à citer seulement les auteurs qui ont une valeur réelle, et si j'ai insisté en première ligne sur la bibliographie allemande, je me suis bien gardé de laisser de côté les travaux et les expériences des auteurs anglais, américains et français. » Eh bien ! assurément nous ne voulons pas chercher à M. Schrœder, une querelle d'....... Allemand; mais nous lui ferons remarquer que si les auteurs français des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles sont quelquefois cités par lui, il n'en est pas de même pour ceux du XIXe. Est-ceque par hasard ces derniers n'auraient pas à ses yeux une certaine valeur ? Comment, Velpeau, Dubois, Jacquemier, Depaul, Pajot, Tarnier, sont des inconnus ! Ah ! messieurs les Allemands, vous qui nous avez accusés avec justice parfois, mais beaucoup trop souvent, d'ignorer la littérature médicale étrangère, vous nous faites la partie belle ! Vous êtes à peu près au courant de la littérature obstétricale française, depuis Louise Bourgeois jusqu'à Baudeloque, vous avez même entrevu Mme Lachapelle, mais depuis il ne s'est rien fait en France qui ait pu fixer votre attention ! Ah ! nous nous trompons, vous connaissez Dubois par l'intermédiaire du bassin de Robert et Tarnier par son dilatateur ! et puis c'est tout ! .. Eh bien, en cela vous avez tort, comme nous allons le prouver en reprenant notre analyse.

La première partie, qui a trait à l'anatomie et à la physiologie du bassin, est, à notre avis, traitée d'une façon beaucoup trop brève. Sans faire d'anatomie descriptive, il est certaines considérations générales, faites à un point de vue purement obstétrical, dont la connaissance est indispensable. On les trouve admirablement présentées dans l'ouvrage malheureusement inachevé de Dubois et Pajot; elles se rencontrent même dans nos petits manuels, qui ne sont du reste que le résumé du cours du professeur Pajot.

La 2e partie, en revanche, est très-bien traitée. Tout ce qui concerne l'œuf et son développement est bien étudié, clairement exposé, et certains points nouveaux sont extrêmement intéressants.

Nous arrivons à la 3e partie, dans laquelle sont exposés les phénomènes physiologiques et mécaniques de l'accouchement.

Ces chapitres si importants ont attiré spécialement notre attention, et voici ce que nous en pensons. La première partie ou partie physiologique est complète ou à peu près. La contraction utérine est longuement et consciencieusement étudiée. Les faits exposés sont le résultat d'une saine observation. On retrouve là le tempéramment germanique avec toutes ses qualités. Nous ne possèdons rien de semblable dans nos traités français, nous l'avouons.

Mais quant au mécanisme de l'accouchement, nous sommes obligé de dire que non-seulement il n'est pas décrit, mais encore qu'il est ignoré.

M. Charpentier a tenu à combler cette lacune, et pour cela il a ajouté en notes des résumés des articles de Dubois (Journal des connaissances médico-chirurgicales 1833-34-35), Pajot (accouchements *in* Dictionnaire des sciences médicales, 1872), Tarnier, *in* Atlas de Lenoir, *in* Tarnier et Cazaux.

Nous aurions voulu que le résumé concernant l'article de M. le professeur Pajot fût beaucoup plus long.

On ne le lira jamais trop ; on ne réfléchira jamais assez sur cette belle loi, loi unique, qui domine tout le mécanisme de l'accouchement.

Si on l'ignore, on ne sera jamais un accoucheur, on ne sera jamais qu'un *tire-cordon*, car il sera impossible de pratiquer d'une façon méthodique aucune opération obstétricale. De plus, si Schrœder avait été au courant de ce qu'a fait M. Tarnier, il n'aurait pas divisé les présentations de l'extrémité céphalique défléchie, en variétés frontale et faciale, et surtout il eût considérablement modifié les préceptes qu'il donne touchant la conduite à tenir, suivant que l'on a reconnu l'une ou l'autre de ces variétés. Nous n'insisterons pas davantage, et laissant de côté la 4e partie. dans laquelle nous n'avons rien trouvé de saillant, nous arriverons aux opérations obstétricales.

Les deux premiers chapitres, qui sont consacrés à l'étude de l'avortement provoqué et de l'accouchement prématuré artificiel, sont bons à consulter; mais nous pensons que les travailleurs retireront certainement plus de profit de la lecture des articles de Jacquemier (*in* Dictionnaire des sciences médicales). Nous pensions trouver un résumé de cet article, mais notre attente a été trompée. Nous appelons l'attention de M. Charpenlier sur ce point lors de la 2e édition.

Pour tout ce qui concerne l'extraction de l'enfant par le forceps, nous ne pouvons que renvoyer aux différents articles de Tarnier (*in* Lenoir, *in* Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, etc.), on trouvera là cette question magistralement traitée, et exposée avec la clarté et la concision qu'on rencontre dans tout ce qu'écrit le chirurgien en chef de la Maternité.

Surtout que les élèves ne lisent pas le chapitre intitulé : Extraction par un ou les deux pieds. Ils croiraient qu'on doit toujours tirer quand l'enfant se présente par les pieds, et ils se créeraient le plus souvent des difficultés insurmontables, qui auraient pour résultat la mort de l'enfant. Il peut y avoir certainement une nuance dans la physionomie de la dernière période du travail, quand l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne, variété du siége complet ou variété des pieds; mais la conduite à tenir est la même ainsi que l'enseignent tous nos maîtres. Et lorsqu'il s'agira de dégager la tête, bien loin d'avoir recours à la *méthode de Prague*, nous basant toujours sur le mécanisme de l'accouchement, nous irions bien vite soutenant le corps de l'enfant, accrocher avec l'index d'une main, le menton ou le maxillaire, tandis qu'avec l'autre main nous appuierions sur l'occiput, de façon à faire basculer la tige occipito-mentonnière. La version podalique n'est pas mieux étudiée que les autres opérations ; de plus, nous ne pouvons admettre qu'on doive, quand la main pénètre dans l'utérus, la faire cheminer entre la paroi utérine et les membranes ovulaires. En effet, pendant que la main chemine, les membranes peuvent se rompre au niveau de l'orifice, et alors les parties fœtales recouvertes d'un voile extrêmement lisse deviennent insaisissables, ou bien encore on peut rencontrer le placenta et le décoller, d'où une hémorrhagie pouvant avoir de funestes conséquences.

Nous renvoyons donc aussi, pour cette opération si usuelle, à la lecture des auteurs francais.

Le chapitre *céphalotripsie* est bien trop écourté; naturellement l'historique du cépbalotribe manque; peut être n'y aurait-il pas cette lacune, si un Allemand l'avait inventé. Le lecteur ne doit pas s'attendre non plus à trouver là une discussion sur la céphalotripsie répétée sans traction du professeur Pajot. Les modifications apportées au céphalotribe par Chailly, Depaul, Blot et Bailly sont dans le texte également passées sous silence. Que voulez-vous, on ne fait rien en France !

Dans la pathologie de la grossesse, on trouve deux excellents chapitres ; la grossesse extra-utérine et les maladies de l'œuf.

Dans la pathologie de l'accouchement, les chapitres les plus intéressants sont ceux dans lesquels sont étudiés les vices de conformation du bassin. Seulement nous nous élevons contre les classifications beaucoup trop nombreuses de Schrœder. Les élèves ne s'y reconnaîtront pas. C'est plus qu'une monographie, et ensuite il y a là, croyons-nous, une grande erreur à relever. Schrœder pense que les bassins plats non rachitiques sont très-fréquents. Nous avouons avoir étudié les bassins pathologiques de toutes les collections de Paris, nous en avons eu entre les mains trois ou quatre cents, nous n'en avons jamais rencontré un seul.

Nous signalerons d'une façon toute exceptionnelle l'étude qu'à faite Schrœder de la respiration prématurée et de la mort de l'enfant pendant l'accouchement. C'est un article que tous les médecins doivent lire et qui n'est pas même ébauché dans nos meilleurs traités.

A propos de la pathologie des suites de couches, nous regrettons de n'avoir pas rencontré un chapitre traitant séparément de la septicémie.

Arrivé au terme de notre examen, nous nous hâtons de dire que toutes ou presque toutes les lacunes que nous avons signalées dans l'ouvrage de Schrœder ont été remplies par M. Charpentier, qui doit être considéré non-seulement comme le traducteur, mais aussi comme le collaborateur de Schrœder. Il a francisé le livre pour ainsi dire; aussi notre appréciation sera-t-elle courte sur les nombreuses notes dont il a enrichi cet ouvrage. Il a opposé à chaque instant les principes de l'école française aux principes de l'école allemande, il ne nous appartient pas, on le comprend, de faire l'éloge des premiers.

Nous ferons seulement remarquer que quelques notes sont bien longues et qu'il en est d'autres qui ne sont plus à la hauteur de la science actuelle. Ainsi la note concernant le bassin vicié par cyphose sacro-vertébrale nous a semblé démesurée, et celle concernant la mensuration digitale, prise dans Cazeaux, retarde de quelques années.

Ceci étant dit, nous terminerons en engageant tous ceux qui s'occupent sérieusement d'obstétrique à lire cet ouvrage; il faut le connaître, car bien des points nouveaux sur lesquels nous n'avons pu nous étendre sont extrêmement intéressants et doivent être connus. Et puis enfin on verra combien ces paroles de Nisart sont vraies, à savoir : que plus on connaît l'étranger, plus on aime la France.

Docteur Adolphe PINARD,
Chef de Clinique d'accouchements.

Fibro-myôme utérin siégeant dans la cloison vésico-vaginale ; obstacles à l'accouchement ; issue à l'extérieur spontanée de la tumeur ; son énucléation artificielle, par le Dr Edoardo PORRO. — Il s'agit d'une primipare de 26 ans, sans antécédents héréditaires et d'une excellente santé habituelle, entrée, le 11 octobre, à la Maternité de Milan. Grossesse sans accident. Un mois auparavant, à huit jours d'intervalle, elle eut deux fois un écoulement sanguin assez abondant par le vagin, mais sans phénomènes graves. Le 11 octobre, à minuit, commencement du travail. L'examen fait par le Dr Porro révèle les particularités suivantes : bassin bien conformé, utérus en obliquité antéro-latérale

droite, contractions rapprochées, longues, très-énergiques pouls fœtal faible, irrégulier, très-fréquent; en bas à gauche, écoulement de liquide amniotique teinté de méconium, vagin très-sensible, urèthre très-gros, gonflé, ne pouvant pas être suivi jusqu'à la partie supérieure de la symphyse parce que, derrière celle-ci, est une tumeur lisse, de consistance fibreuse, occupant toute la partie antérieure, le côté droit et une partie du côté gauche du bassin. Le doigt porté en arrière, vers la concavité du sacrum, atteint le bord antérieur de l'orifice dilaté de 6 centimètres environ et au niveau duquel est la tête du fœtus probablement en o. i. g. a.

La femme n'ayant pas uriné depuis plusieurs heures, la sonde, pour pénétrer dans la vessie, dut vaincre une certaine résistance et monter verticalement, l'urèthre étant repoussé contre la symphyse. Cette exploration montra que la tumeur n'était pas une cystocèle vaginale; la palpation abdominale ne permit pas de limiter la tumeur, vu la rigidité des parois. La fermeté, le volume et le peu de sensibilité de la tumeur font repousser l'idée d'une épiplocèle ou d'une entérocèle. Ce n'était pas non plus un kyste de l'ovaire engagé dans le bassin, non plus qu'une tumeur faisant saillie hors de la cavité utérine, car l'orifice du col était entièrement libre et régulier. L'accoucheur songe à une tumeur fibreuse de la paroi antérieure et inférieure de l'utérus engagée dans l'excavation au moment du travail et rendue immobile par la compression de la tête fœtale et le spasme de la paroi abdominale. Vu le bon état général de la malade, on attend.

A 9 heures 1/2 la tumeur fait saillie hors de la vulve, au niveau de la commissure antérieure, et ressemble à une tête de fœtus. Les contractions se maintenant énergiques, la tumeur sort tout entière et reste fixée solidement à la commissure antérieure et à l'arcade pubienne. La tête ne tarde pas à sortir, sans même accomplir la rotation intérieure, et se dégage en occipito-iliaque gauche transversale le tronc suit et l'accouchement est terminé à 10 heures 1/4. L'enfant, mort depuis peu, pèse 1840 grammes et semble à peine à la fin du huitième mois ou au commencement du neuvième. La tumeur est relevée au moyen de compresses pour laisser libre l'orifice vulvaire; sa surface est luisante, rouge brun, avec des taches ecchymotiques ardoisées; sa consistance fibro-cartilagineuse fluctuante cependant en quelques points. Elle a la forme d'un fœtus, son diamètre antéro-postérieur est de $0^m,104$, le transversal de $0^m,09$ centim., sa circonférence de $0^m,324$.

Par le toucher, on trouve la paroi postérieure du vagin normale, tandis que l'antérieure est tiraillée, dure et semble présenter un pédicule reliant la tumeur à la portion antéro-inférieure externe du col, dont l'orifice, avons-nous dit, était libre et régulier. Le méat est

atiré en bas et en avant; avec la sonde on crut reconnaître, à travers a paroi postérieure de la vessie, le pédicule de la tumeur. Le surndemain, la tumeur ayant notablement diminué de volume, on reconnut qu'elle était recouverte par la muqueuse vaginale dont on voyait les plis, et on s'assure de nouveau qu'elle ne provient pas de l'intérieur de l'utérus. Un examen approfondi montre que la tumeur a dû se trouver primitivement en arrière de la vessie, au-dessous du péritoine, au-dessus du vagin et en avant de l'utérus, et le diagnostic définitif fut *fibrôme utérin pédiculé*. La muqueuse vaginale distendue par la tumeur commençait à se gangréner, et l'opération fut pratiquée. On fit deux incisions courbes sur la ligne médiane, la muqueuse fut disséquée et la tumeur, qu'*aucun* pédicule, *aucune* adhérence ne reliait à l'utérus, fut facilement énucléée. Elle pesait 332 grammes, sa circonférence était de $0^m,284$. Au microscope, on trouva les caractères d'un fibro-myôme.

Suites de couches normales; injections chlorurées dans le vagin; les lambeaux de la muqueuse se gangrènent partiellement: poudre de quinquina, lavage au sulfite de soude. Les eschares tombent et les lambeaux se cicatrisent peu à peu, on les repousse dans le vagin. Le 28 octobre, quinze jours après l'opération, la malade quitte la Maternité à peu près guérie. Le 7 novembre, la guérison est complète, seulement la paroi antérieure du vagin tend à faire hernie lorsque la femme a beaucoup marché. Le Dr Porro fait suivre cette observation intéressante et presque unique, quant au siége de la tumeur et à la façon dont la nature vint seule à bout de l'accouchement, de très longues considérations que nous ne pouvons reproduire.

VIAULT.

VARIETÉS.

A M. le Dr LEBLOND, secrétaire de la rédaction.

Mon cher ami,

Vous avez inséré, sans mon avis, un article avec ce titre: « *Du délire des opérateurs.* »

Des protestations de confrères éminents se sont élevées contre les déductions fantaisistes et les jugements erronés contenus dans cet étrange roman.

J'y joins la mienne.

Dans une vingtaine d'années, l'auteur aura, sans doute, plus d'expérience des grandes choses de l'art.

Alors, après des opérations malheureuses, qu'il n'aura pas vues et

dont il n'aura pu juger, par conséquent, ni les complications, ni les difficultés, il se gardera bien de donner, aussi lestement, à ses confrères et à ses maîtres, un certificat pour Charenton.

S'il en était autrement, les médecins de ce temps-là auraient à examiner l'opportunité d'une interversion des rôles.

Agréez, etc.

Paris, 10 janvier 1876. Professeur PAJOT.

A nos lecteurs. — Lorsque nous avons fondé ce recueil, il y a deux ans, nous disions :

« Les *Annales de gynécologie* veulent être une tribune scientifique « où tous les travailleurs trouveront un accueil cordial et confra- « ternel.

« Nous voulons surtout dans notre publication une liberté d'opi- « nions que n'entraveront jamais ni les coteries, ni les petites égli- « ses, ni les sociétés d'admiration mutuelle. »

Nous tenons à rappeler ces principes, qui sont encore ceux que nous professons aujourd'hui ; mais nous désirons en même temps déclarer que la RÉDACTION n'entend nullement être responsable des idées et des opinions soutenues dans plusieurs des travaux qu'elle a accueillis. Cette déclaration lui semble d'autant plus nécessaire, qu'elle a publié divers travaux à propos desquels elle n'a pas cru devoir faire de réserves, bien qu'ils se trouvassent en contradiction avec les opinions bien connues des fondateurs de ce recueil.

LA RÉDACTION.

La Pouponnière. — Nous avons annoncé, dans notre numéro d'octobre 1875, qu'une Société, prenant le nom de POUPONNIÈRE, était en voie de formation. Cette Société, aujourd'hui définitivement constituée, reçoit les nouveau-nés qu'un si grand nombre de parents sont obligés d'éloigner d'eux et de confier à des nourrices mercenaires.

Les pauvres petits êtres sans défense sont, la plupart du temps, pour les personnes qui se chargent d'eux un moyen de gain vraiment scandaleux. Aussi la mortalité qui pèse sur eux est-elle des plus considérables.

L'idée de soumettre les enfants éloignés de leurs parents à une surveillance assidue et éclairée s'était imposée depuis longtemps déjà à bon nombre d'esprits sérieux ; mais les moyens d'exécution avaient fait défaut jusqu'à présent, faute de ressources suffisantes. Heureusement, aujourd'hui, cette difficulté étant vaincue, il est hors de doute que la nouvelle création répondant à un besoin réel, le succès viendra couronner cette louable entreprise.

Un certain nombre d'enfants se trouvent déjà réunis dans l'établissement et soumis à l'allaitement artificiel. Les premiers essais qui ont eu lieu ont donné des résultats des plus satisfaisants.

Plus de cent cinquante demandes d'admission ont été adressées, dans l'espace de quelques semaines, à M. le Dr Monribot, l'habile directeur de cet utile établissement. Ce nombre relativement considérable de demandes, dans un espace de temps très-limité et avant même que la Société ait été définitivement constituée, permet immédiatement d'apprécier l'importance que cette vaste nourricerie est destinée à prendre.

Nous avons eu, il y a quelques jours, l'occasion de visiter le vaste domaine au milieu duquel s'élève le château de Plessis-Lalande et les bâtiments dans lesquels vont être installés les divers services. Le parc, qui comprend plus de 27 hectares, est situé sur le plateau de Villiers Il est planté d'arbres de diverses essences, qui fournissent pendant l'été une fraîcheur salutaire et garantissent les constructions contre les coups de vent trop violents. Le reste est couvert de prairies au milieu desquelles serpente une rivière de près de 10 mètres de largeur, et contenant une eau limpide et légèrement courante.

Au milieu de conditions hygiéniques semblables, on ne peut manquer d'obtenir des résultats très-favorables.

Quant à l'installation intérieure, elle nous paraît être également des plus confortables. Les enfants sont placés dans des chambres séparées les unes des autres, et contenant au plus dix à douze nourrissons. Deux gardes font le service dans chaque chambre : une pour le jour, une pour la nuit.

Les enfants sont divisés par catégories, suivant leur âge, afin de faciliter le service de distribution du lait; quelques enfants même, parmi les plus faibles, reçoivent le sein de nourrices attachées à l'établissement, jusqu'à ce que l'état de leurs forces leur permette de recevoir utilement soit du lait de vache, soit du lait de chèvre.

Ajoutons à cela une surveillance médicale de chaque instant, exercée par M. le Dr Monribot, médecin résidant.

Qu'il survienne à un moment donné quelque affection contagieuse, les enfants malades seront placés dans un pavillon spécial, éloigné des bâtiments principaux, afin d'empêcher la contagion de s'étendre et d'en limiter les ravages.

Dans de semblables conditions, il est hors de doute que la mortalité des nourrissons sera considérablement diminuée. L'expérience, du reste, ne se fera pas attendre longtemps, et nous comptons fournir prochainement une statistique détaillée de cette mortalité et des diverses causes auxquelles auront succombé les nouveau-nés.

A. LEBLOND.

Déclaration de naissance. — Secret médical. — La *Gazette des hôpitaux* du 8 janvier 1876, rapporte que dans les premiers jours du mois de décembre 1875, M. le Dr Berrut se présentait à la mairie du septième arrondissement de Paris, pour y faire la déclaration de naissance d'un enfant, sans indication de père et de mère, et sans désignation de la maison où avait eu lieu l'accouchement. M. le maire refusa, pour cette dernière raison, de recevoir la déclaration qui lui était faite.

M. le Dr Berrut assigna alors M. le maire du septième arrondissement devant le tribunal civil de la Seine, pour voir dire qu'il serait contraint de recevoir la déclaration telle qu'elle avait été faite.

M. le Dr Berrut a soutenu lui-même sa demande. Me Hubert-Valleroux a plaidé pour M. le maire du septième arrondissement.

Le tribunal a rendu un jugement aux termes duquel :

Attendu que le Dr Berrut ne connaissait le lieu de naissance de l'enfant que par sa profession de médecin, et qu'il était dès lors tenu au secret professionnel ;

Que, de plus, il est constant que souvent l'indication de la maison où a lieu l'accouchement équivaudrait à la divulgation du nom de la mère ;

Qu'en conséquence cette divulgation ne peut être exigée ;

Déclare Louise-Armande, née le 7 décembre 1875, dans la circonscription du septième arrondissement de Paris, de père et mère inconnus, et dit que le présent jugement lui servira d'acte de naissance.

Sur la préparation des crayons au tannin, à l'alun, etc. — La préparation des crayons médicamenteux, destinés à être introduits dans l'utérus, présente quelques difficultés, si l'on considère qu'étant obtenus généralement par le mélange de la gomme, de la mie de pain, etc., avec les substances médicamenteuses, ils possèdent, même avec l'addition d'une petite quantité de glycérine, une fragilité qui n'est pas exempte d'inconvénient.

En employant, comme excipient, de la gutta-percha, on obtient des crayons, facilement malléables lorsque la température s'élève un peu, d'une ténacité et d'une élasticité très-suffisantes. Voici le procédé que l'on peut suivre pour les préparer :

On chauffe, à l'aide du gaz, un mortier de fer ou de cuivre, et, quand il a atteint la température de 100° environ, on y met parties égales de gutta-percha, découpée en petits morceaux, et de la substance médicamenteuse que l'on veut y introduire : tannin, oxyde de zinc, alun, etc. On mélange intimement les deux substances, et, à l'aide de plaques de verre ou de métal bien dressées, on roule le mélange homogène, encore chaud, en cylindres d'un diamètre de 3 à 4 millimè-

tres, qui durcissent rapidement en se refroidissant, et que l'on coupe d'une longueur de 10 centimètres environ.

Ces crayons, bien qu'ils renferment moitié de leur poids de gutta-percha, matière insoluble dans les différents dissolvants, abandonnent, lorsqu'ils sont en contact avec l'eau ou avec une muqueuse, une partie du principe médicamenteux qu'ils renferment, et c'est à ce titre, quoiqu'ils agissent toujours sur l'organe comme corps étranger, qu'ils peuvent rendre des services dans les affections utérines qui réclament l'action locale de certains agents médicamenteux.

H. Duquesnel, pharmacien.

Congrès médical international de Philadelphie. — Les Sociétés médicales de Philadelphie ont pris l'initiative d'organiser, à l'occasion du centième anniversaire de l'indépendance américaine, un Congrès médical international.

Le Congrès doit se réunir à Philadelphie, le 4 septembre 1876, pour se terminer le 9.

La commission qui a été chargée de l'organisation du Congrès propose les dispositions générales suivantes :

I. Le Congrès se composera de délégués américains et étrangers, les premiers représentant l'*American medical Association*, et les diverses Sociétés médicales de l'Union; les derniers, les principales Sociétés médicales des autres pays.

II. Le bureau se composera d'un président, de dix vice-présidents, de quatre secrétaires, d'un trésorier et d'un comité de publication. Il sera nommé par le Congrès, à sa première séance, et à la suite d'un rapport présenté par un comité spécial.

III. Les séances du matin seront consacrées aux affaires générales et à la lecture des discours ; celles de l'après-midi aux réunions des sections, qui seront au nombre de neuf, et se répartiront de la façon suivante :

1. *Médecine* (comprenant la pathologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique) ;
2. *Biologie* (comprenant l'anatomie, l'histologie et la physiologie).
3. *Chirurgie.*
4. *Dermatologie* et *syphiliographie.*
5. *Obstétrique* et *maladies des femmes et des enfants.*
6. *Chimie*, *toxicologie* et *médecine légale.*
7. *Hygiène* et *statistique médicale.*
8. *Ophthalmologie* et *otologie.*
9. *Maladies mentales.*

IV. L'anglais est la langue adoptée par le Congrès, mais sans exclusion des autres langues.

Les personnes qui désirent faire des communications sont priées d'en prévenir auparavant la commission.

Toutes les communications venant de l'étranger doivent être adressées à MM. Richard Dunglison, 814 N., 16th street, et R. M. Bertolet, 115 S., Broad street, à Philadelphie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Rétention d'un fœtus mort dans l'utérus, par SCHRŒTER (*Beitræge f. Geburtsh u. Gyn.*, t. IV, p. 11).

Fibrôme sous-séreux mettant obstacle à l'accouchement; présentation du siége; mort de l'accouchée par suite de septicémie, par LEHNEROT (*Id.*, t. IV, p. 16).

Grossesse extra-utérine remontant à 28 ans; extraction du fœtus par le rectum; guérison, par KUSTER (*Id.*, p. 20).

De la caduque menstruelle ou dysménorrhée menstruelle; plusieurs observations, par L. MAYER (*Id.*, p. 29).

Sur les kystes dermoïdes de l'ovaire, par PAULY. Etude anatomo-pathologique établie sur 245 observations (c'est un complément du travail de LEBERT) (*Id.*, p. 3 à 42).

Rein en forme de fer à cheval descendu dans le bassin chez une femme à organes génitaux rudimentaires, par W A. FREUND (*Id.*, p. 95).

Rétention du sang dans un utérus et dans un vagin cloisonné; erreur de diagnostic; confusion avec un kyste de l'ovaire; ovariotomie entreprise; guérison, par Carl STAUDE (de Hambourg) (*Leitschrift f. Geburtsh. u. Frauenkr*, 1875, 1re livr.).

Sur le traitement de l'éclampsie puerpérale (lettre du Dr PIFTEAU) (*Bulletin de thérapeutique*, 30 novembre 1875, p. 460).

Pathogénie et traitement des affectious utérines, par GARIEL (Société de médecine de Lyon, in *Lyon-médical*, 3 octobre 1875, p. 159).

Accidents que peut entraîner la présence d'un tampon dans le vagin ou dans la cavité du col. Leçon de M. le professeur VERNEUIL, in *France médicale*, 1875, n. 1).

Note sur un nouveau forceps asymétrique, par ROGER (du Havre) (*Bulletin de thérapeut.*, 30 mai 1875, p. 451).

Contribution à l'étude des tumeurs carcinomateuses du sein, par Charles MONOD (*Archives de médecine*, janvier 1875, p. 22).

Manie puerpérale. Leçon de M. PETER, in *France médicale*, 28 juillet 1875.

De la dysentérie des accouchées, par VINAY (*Lyon médical*, 15 août 1875, p. 581).

Ovariotomie sur une jeune fille de 13 ans; accidents gastriques graves; guérison, par KŒBERLÉ (Société de médecine de Strasbourg, in *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1875, p. 107).

De l'ablation totale de l'utérus par la vulve dans le cas de cancer utérin; description d'un procédé opératoire approprié, par COUDEREAU (*Tribune médicale*, 8 août 1875, p. 535).

Eclampsie pendant la grossesse et le travail, par CORDES (*Gaz. obstétricale*, 1875, n. 17).

Des rapports des corps fibreux utérins avec la grossesse et l'accouchement, par DEMARQUAY et SAINT-VEL (*Gaz. méd. de Paris*, 1875, p. 445).

Recherches cliniques sur certaines affections de l'appareil urinaire dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, par LIZÉ (du Mans) (*Gazette obstétricale*, 1875, n. 15, 16 et 17).

Du traitement des accidents locaux de la puerpéralité, par VERRIER (*Gaz. obstétricale*, 1875, n. 16 et 17).

Compression de l'aorte dans les hémorrhagies graves après l'accouchement, par BERANGER FERAUD (*Bulletin de thérapeutique*, 15 mai 1875, p. 415).

Adhérences anormales du placenta, par LIÉNARD (de Caen) (*Gaz. des hôp.*, 1875, p. 179).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Menstruation and the law of monthly periodicity, par J. GOODMAN, professeur d'obstétrique au Collége médical de Louisville.

Placenta prœvia, par MONROSE A PALLEN.

A clinical contribution to the treatment of tubal pregnancy, par GAILLARD THOMAS.

Notice sur l'émulsion de coaltar saponiné, par Lucien LE BŒUF. Paris, J.-B. Baillière, éditeur.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT. imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE
SUR LA MOLE HYDATOÏDE (1).

Par le Dr Ancelet (de Vailly-sur-Aisne).

Lauréat de l'Académie de médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

> Ce n'est pas assez de compter les expériences, il les faut peser et assortir, il les faut avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et les conclusions qu'elles portent. (Montaigne.)

Les môles vésiculaires sont rares. Sur 20,375 accouchements faits à l'hospice de la Maternité, Mad. Boivin n'en a rencontré qu'un seul cas et deux autres, dont un, peu caractérisé, dans sa clientèle privée (1). Ant. Dubois n'en avait point vu un dans sa

(1) Mémoire présenté à la Société de chirurgie pour le concours au prix Laborie, et honoré, en 1875, d'une récompense de 500 francs.

(2) *Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire*, 1827.

longue pratique. Dans leur savant travail sur les maladies de l'œuf (1), Désormeaux et Paul Dubois ne signalent aucun fait nouveau, et ce dernier observateur disait, en 1858 (2), qu'il n'avait que peu d'expérience sur ce sujet, à propos duquel il n'avait point fait de recherches particulières. Enfin, les divers recueils que j'ai pu compulser n'en contiennent qu'un petit nombre, d'ailleurs pour la plupart incomplets ou obscurs. « Non ita « casus vulgaris est quin mereatur recenseri, » dit Haller (3). C'est pourquoi j'ai pensé que celui que j'ai rencontré pouvait présenter quelque intérêt.

Expulsion d'un œuf à 6 semaines. — A 9 mois expulsion d'une môle hydatoïde. — Phénomène semblable chez la sœur du sujet. — Caractères spéciaux de la mole.

Mme P..., de Nanteuil-la-Fosse (Aisne), âgée de 38 ans, est mère de trois enfants : un fils de 17 ans, deux filles de 16 et 14 ans, tous nés à terme et sans que les grossesses aient présenté rien de particulier. D'ailleurs la santé générale antérieure de cette dame ne donne lieu à aucune remarque spéciale.

En février 1866 elle devient enceinte une quatrième fois. Six semaines après, c'est-à-dire vers la fin de mars, sans cause appréciable, elle fit une fausse couche, qui s'accompagna d'une hémorrhagie peu abondante, et la malade fut bientôt rétablie.

Eloigné alors de ma clientèle, je ne pus voir le produit de l'avortement, mais le mari, instituteur très-intelligent, que j'interroge de façon à ne pas dicter ses réponses, m'expose avec une grande netteté que la pièce expulsée avait la forme et le volume d'un œuf de poule, à parois transparentes, laissant voir dans sa cavité un embryon encore mal formé long d'un pouce environ. Ainsi, l'état de l'œuf concordait avec l'âge qui lui était assigné.

Les règles reparurent aux époques habituelles, plus abondantes qu'à l'ordinaire, avec une durée de deux ou trois jours en plus. Il y avait dans l'intervalle un écoulement muqueux accompagné de douleurs lombaires et d'un état de malaise général.

Je fus consulté en septembre.

J'appris alors les particularités qui précèdent. Le toucher vaginal fut ajourné par la malade à une prochaine séance, mais je constatai

(1) *Dict. en 30 vol.*, t. XXI.
(2) Soc. de méd. prat. In *Gaz. des hôp.*, 1858.
(3) *Opuscula pathologica*, 1755. obs. 40.

que l'utérus était médiocrement développé et s'élevait à peu près de quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Sa forme, sa consistance ne présentaient rien d'anormal. Quinze jours auparavant cette dame était allée consulter le Dr Marcotte, de Soissons, qui avait constaté un abaissement de l'utérus, ainsi qu'elle me le dit plus tard, mais ce distingué confrère n'en a conservé aucun souvenir et ne peut me fournir aucun renseignement sur ce point.

Les règles, suspendues en septembre, reviennent en octobre à l'époque où on les attendait.

Dans la nuit du 14 au 15 novembre je fus mandé, le commissionnaire m'annonçant que Mme P... avait une perte et qu'après un quart d'heure de douleurs expulsives, elle avait rendu quelque chose d'analogue à des œufs de grenouille.

A mon arrivée, on me présenta, en effet, la pièce qui va être décrite. Pendant la soirée la malade avait été prise de malaise général et de coliques vagues qui ne l'avaient point inquiétée. L'utérus atteignait à peine l'ombilic; depuis mon examen fait en septembre, il s'était accru avec la même lenteur que dans les grossesses précédentes, et elle se croyait encore loin du terme présumé de l'accouchement, en tenant compte surtout de l'avortement qui avait précédé. Vers minuit ces douleurs avaient augmenté d'intensité, étaient devenues expultrices, une hémorrhagie assez abondante avait eu lieu, puis l'expulsion de la môle. A trois heures, l'hémorrhagie ne présentait plus aucun caractère alarmant. Il y avait un peu d'abaissement, le col, dilaté comme une pièce de dix centimes, contenait des caillots, l'utérus était notablement revenu sur lui-même, mais encore très-proéminent dans la cavité abdominale.

La malade perdit encore pendant quelques jours une certaine quantité de sang liquide ou en caillots, mais ne rendit rien qui ressemblât à des débris de placenta ou de membrane caduque. Elle eut un peu de fièvre, les seins se gonflèrent et donnèrent un peu de sérosité mais rien de plus, et elle put bientôt reprendre ses occupations. Sa santé s'est complètement rétablie et n'a rien présenté depuis cette époque.

Chose singulière ! dix-sept ans auparavant, la sœur de cette dame, qui habite les environs de Saint-Quentin, avait rendu une môle que l'on me dit en tout semblable à celle-ci.

La pièce, qui est mise sous mes yeux, se présente sous la forme d'une membrane irrégulièrement circulaire, à bords déchirés, de 25 à 30 centimètres de diamètre au moins, épaisse de quelques millimètres seulement et de consistance fibreuse.

L'une de ses faces, rouge, d'apparence réticulée, présente des prolongements membraneux et filamenteux et rappelle exactement l'as-

pect d'une muqueuse détachée des parties auxquelles elle était adhérente.

L'autre face, qui attire plus particulièrement l'attention, est tout entière recouverte d'une multitude de kystes d'un blanc légèrement rosé, à demi-transparents, un peu opalins, dont le volume varie à l'infini, de celui d'une tête d'épingle à celui d'un œuf de pigeon. Ils sont disposés en plusieurs couches, de telle sorte que les plus volumineux sont les plus superficiels. L'ensemble rappelle assez bien l'aspect d'une grappe de raisin, mais un examen plus approfondi va nous montrer que ce n'est là qu'une simple apparence.

Disons de suite, pour n'y plus revenir, que des caillots sanguins couvrent cette face en certains points et pénètrent même dans les interstices ; mais ils n'ont contracté avec elle aucune adhérence et peuvent être facilement enlevés.

Les kystes sont uniloculaires, non cloisonnés; ils sont remplis d'un liquide de couleur citrine, transparent, filant, qui ne fut point analysé ; il est identique dans chaque vésicule et ne présente pas dans le voisinage des caillots la teinte plus ou moins rosée que l'on a constatée dans certains cas. Ces kystes sont sphéroïdaux; les parois sont constituées par deux membranes minces, à peu près d'égale épaisseur, contiguës, adhérentes l'une à l'autre et néanmoins facilement séparables, surtout dans les kystes les plus développés. La face adhérente de chacune d'elles est filamenteuse; la face externe de la membrane externe, la face interne de la membrane interne sont lisses, onctueuses et, à l'œil nu, elles offrent toutes deux le même aspect. La surface extérieure de quelques-uns de ces kystes présente un, deux, trois kystes plus petits, mais il y a entre eux simple juxtaposition de leur membrane interne. En effet, en agissant avec précaution, on peut les enlever dans leur intégrité et l'on constate que la tunique externe se continue avec celle de la vésicule la plus considérable, tandis que l'interne est contiguë à la couche correspondante à laquelle elle adhère plus ou moins intimement dans une étendue plus ou moins considérable. Aussi souvent que je renouvelle cette expérience, je constate la même disposition et jamais une communication réelle entre plusieurs kystes, quel que soit le degré de leur développement réciproque. Dans les cas où l'on aurait pu croire à une communication, il était aisé de s'assurer qu'il y avait seulement déchirure, car l'une des deux vésicules en observation était intacte.

La disposition était la même dans les vésicules plus développées qui, comme je l'ai dit, étaient plus superficielles. Elles adhéraient à une vésicule plus profonde et cette adhérence se présentait sous trois formes qui étaient évidemment de simples modifications, un degré plus ou moins avancé du mode d'adhérence ci-dessus indiqué : tantôt il y avait seulement adhérence, en un point, de deux sphères conti-

gués; tantôt ce point de contact s'était allongé et formait ainsi un pédicule plein plus ou moins étendu; tantôt enfin le pédicule était conique, creux, en communication directe avec la vésicule à laquelle il appartenait, c'est-à-dire, en somme, que cette vésicule était piriforme, mais il était aussi oblitéré à sa partie supérieure et il était ainsi impossible de faire refluer le liquide d'une vésicule dans l'autre.

Outre ce pédicule principal, de différents points de la périphérie du kyste partaient des filaments très-déliés, très-ténus, qui suivaient diverses directions, s'enchevêtraient quelquefois les unes dans les autres et allaient se rendre, soit à la vésicule supérieure, soit à un groupe de vésicules en rappelant la disposition des cordages qui unissent un ballon à sa nacelle, si l'on veut me permettre cette comparaison. La plus légère traction, le moindre attouchement même détruisaient ces adhérences et détachaient les kystes les plus développés.

Envisageant cet amas de vésicules d'une manière générale en tenant compte du fait dominant, on pouvait distinguer dans cet enchevêtrement trois couches assez mal délimitées, il est vrai; l'une plus superficielle composée en majorité de vésicules très-développées, moins nombreuses, facilement séparables; la plus profonde composée d'un nombre infini de vésicules plus petites, très-adhérentes, et enfin une couche intermédiaire par sa position et le développement des individus qui la constituaient.

La dernière couche couvrait en totalité la membrane kystifère. En écartant ces derniers kystes on constatait dans les interstices une surface absolument semblable à celle des kystes eux-mêmes sans ligne de démarcation.

Il n'y avait absolument rien qui rappelât la forme d'une tige centrale, d'un pédoncule commun autour duquel les vésicules eussent été groupées. En réalité, elles n'étaient point *racemosæ*, elles étaient *pendulæ*.

Aucune trace d'embryon ou de parties d'embryon.

Tel est le résultat de l'examen auquel je me livrai. J'étais à 13 kilomètres de mon domicile, par un froid extrêmement rigoureux. Craignant que ces conditions n'altérassent la pièce, je me dispensai de l'enlever pour le moment, et je recommandai de la mettre en place, afin de l'examiner de nouveau dans la journée. Malheureusement, à mon retour, elle avait été jetée par mégarde.

Cette circonstance explique les regrettables lacunes que l'on remarquera dans cette observation. Je crois devoir les signaler, afin que d'autres observateurs s'appliquent à les combler.

Ainsi je me proposais :

De faire faire l'analyse chimique et microscopique du liquide et des tuniques d'enveloppe, en prenant les kystes à tous leurs degrés de développement;

De bien constater, au moyen de l'insufflation pratiquée avec précaution, l'indépendance absolue des différents kystes ;

De rechercher si le pédicule, si le segment de la vésicule situé au-dessus du point de départ des tractus filamenteux étaient aussi composés de deux membranes ou d'une seule, cette dernière circonstance devant les faire considérer comme des débris de la membrane externe, déchirée par suite de l'accroissement excentrique des vésicules, la première tendant, au contraire, à y faire voir un produit de sécrétion en voie d'organisation ;

Enfin d'examiner, au moyen de coupes, la membrane kystifère et surtout ses rapports avec les kystes auxquels elle donnait naissance.

Quoi qu'il en soit, cette observation m'a paru assez intéressante pour être publiée. J'en résume les principaux points :

Expulsion, à six semaines, d'un fœtus revêtu de ses membranes;

Développement de l'utérus beaucoup moins prononcé que dans la grossesse ordinaire, contrairement à ce qui a été noté dans la plupart des cas ;

Vers l'époque terminale de la grossesse, expulsion d'une môle hydatoïde.

De là cette question : Quel rapport y a-t-il entre l'avortement et la môle? Y a-t-il eu double fécondation simultanée, l'un des deux œufs s'étant normalement développé et ayant été expulsé avant terme par suite de la présence de l'œuf anormal?

Y a-t-il eu deux fécondations successives, celle qui a donné naissance à la môle étant postérieure à l'avortement?

Y a-t-il eu une seule fécondation? Le fœtus et la môle faisaient-ils partie du même œuf, et, dans ce cas, la coque qui entourait l'embryon était-elle l'amnios seulement, auquel cas le chorion serait devenu le siége des vésicules? La coque représentait-elle l'amnios et le chorion, et faudrait-il chercher ailleurs la membrane qui sert de substratum aux vésicules?

Après avoir mûrement réfléchi, c'est à cette dernière opinion que je m'arrête.

Bien qu'il ne m'ait point été possible de reconstituer la cavité du produit expulsé, sa disposition purement membraneuse, dont aucune partie ne rappelle le placenta même ébauché, l'apparence de l'une de ses faces,qui indique que cette face était récemment adhérente, l'intégrité des vésicules si fragiles, intégrité difficilement explicable si l'on admet leur contact direct avec les parois de l'utérus en travail, toutes ces circonstances m'ont fait rejeter l'idée d'une affection du chorion et m'ont amené à me demander s'il n'y fallait pas voir plutôt une affection spéciale de la membrane caduque.

Telle était l'opinion que je formulais dès 1867, en présentant cette observation à la Société médicale de Reims. Les deux suivantes sont venues la confirmer, en me montrant le substratum sans ses vésicules.

Mme Th..., manouvrière, à Celle-sur-Aisne, est mère de quatre enfants. Sa dernière couche eut lieu en avril 1868 et elle est encore actuellement nourrice. Les règles reparurent quatre mois après, puis à chaque époque menstruelle et manquèrent seulement à la dernière attendue vers le 18 juillet 1869.

Le 13 août, métrorrhagie peu abondante qui persiste sans interruption en s'accompagnant de quelques maux de reins.

Le 17, à huit heures du soir, la perte est très-abondante et détermine des syncopes; douleurs utérines, la matrice s'élève à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis; le col est légèrement entr'ouvert. Une demi-heure après, expulsion presque sans effort d'un caillot volumineux, puis diminution et arrêt de l'hémorrhagie. La malade se rétablit en quelques jours sans présenter aucune trace de congestion du côté des mamelles.

Au milieu d'un amas de sang coagulé on trouve un corps d'apparence charnue, long de 10 centimètres, dont la forme rappelle exactement celle d'une figue, offrant des stries longitudinales analogues aux valvules de l'intestin. En un point de sa surface externe, il porte un appendice de même nature, aplati, large de 1 centimètre, d'une longueur de 2 à 3. Sa grosse extrémité est hémisphérique ; la petite en forme de goulot se termine, au contraire, par une ouverture à bords frangés qui permet l'introduction du petit doigt.

Je l'incise dans le sens de sa longueur et j'enlève un caillot de sang qui remplissait toute la cavité et adhérait à la surface interne. Cette

face interne développée présente les dimensions suivantes : longueur, 8 centim. 1/2 ; largeur du corps, 6 centim. 1/2 dans sa plus grande étendue ; largeur au goulot, 3 centim. 1/2 à 4 ; mais il convient de faire remarquer qu'en raison de l'épaisseur moindre de la paroi en ce point, les stries longitudinales prêtent à une plus grande extension, ce qui rend la comparaison de ces dimensions différente, selon que l'on examine la pièce ouverte ou intacte. A l'état d'intégrité, les dimensions du goulot étaient proportionnellement moindres.

La paroi, épaisse de plus de 1 centimètre vers la grosse extrémité qui se termine en cul-de-sac, va s'amincissant d'une façon insensible à mesure que l'on se rapproche de la petite extrémité, laquelle est ouverte, à bords minces et frangés. Cette paroi se compose d'une substance d'apparence charnue dont toute la face interne est recouverte d'une membrane mince, lisse, régulièrement rosée, continue, que l'on détache facilement, qui n'offre aucune solution de continuité où un œuf ait pu être greffé, qui ne présente aucune ouverture rappelant les ouvertures des trompes, si ce n'est un petit cul-de-sac qui correspond à peu près à l'appendice signalé à la face externe. Cette membrane est soulevée en cinq ou six endroits par de petites tumeurs noirâtres très-nettement circonscrites, à large pédicule, de la forme et du volume d'un grain de raisin. Elles sont plus rapprochées de la petite extrémité. L'une d'elles cependant est dans le voisinage de la grosse extrémité ; elle n'est pas sous-membraneuse, mais dans l'épaisseur du tissu charnu, et fait saillie vers la surface externe. A l'intérieur elles sont formées par un caillot de sang noir fortement coagulé, très-régulièrement sphéroïdal, adhérent intimement à la membrane qui lui forme un kyste complet ou presque complet.

Quelle est la nature de ce produit ? Aux dépens de quel tissu anatomique est-il formé ?

Evidemment ce n'est pas une de ces membranes très-simples que l'on rencontre dans l'affection récemment décrite sous les noms d'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine (Simpson), de dysménorrhée pseudo-membraneuse (Oldham), membraneuse (Courty), villeuse (Henning), et dont on trouve des exemples à une époque plus reculée, notamment dans les mémoires de Martin le jeune, dans Morgagni et même dans Hippocrate. Nous avons affaire à un corps d'une organisation beaucoup plus complexe.

Est-ce à dire qu'il soit d'une nature différente ? Est-ce à dire qu'il ne soit point la muqueuse utérine elle-même ? Tout en reconnaissant que l'absence d'ouvertures correspondant à l'orifice

des trompes soit une objection, je crois néanmoins qu'il s'agit, non d'un produit de formation nouvelle, mais bien de la caduque, mais d'une caduque dans un état pathologique particulier, et, à ce point de vue, nous devons surtout noter deux circonstances.

1° Le professeur Robin énonce cette proposition, que la muqueuse du corps de l'utérus seule devient caduque, que celle du col ne l'est jamais. La forme de ma pièce démontre qu'ici l'exfoliation a porté à la fois sur la muqueuse du corps et sur celle du col en continuité parfaite.

2° L'altération pathologique consiste ici en une hypertrophie générale avec production de *quelques kystes hématiques* à la face interne. Or, on ne saurait se refuser à voir une certaine analogie, un certain lien de parenté entre cet état et la môle hydatoïde, qui n'en diffère, ce me semble, que parce qu'elle est constituée par des *kystes séreux en grand nombre,* insérés sur une membrane analogue à celle que nous rencontrons ici.

Lorsque je présentai cette pièce à la Société de médecine de l'Aisne, en lui attribuant la signification que je lui donne ici, on m'objecta, pour rester dans les idées reçues, que ce pouvait être tout aussi bien une modification des membranes de l'œuf, du chorion, par exemple. Le fait suivant lève cette objection, puisque nous avons eu simultanément : d'une part, la membrane; d'autre part, l'œuf entier, chorion avec villosités, amnios et fœtus.

Mme V..., vigneronne, à Vailly, âgé de 47 ans, grande, bien constituée, d'une bonne santé, s'est mariée à l'âge de 22 ans sans avoir jamais été réglée. La première apparition des menstrues eut lieu peu après son mariage, la deuxième cinq ans après et la troisième au bout d'une nouvelle période de cinq années. Elles devinrent ensuite un peu plus fréquentes, trois ou quatre fois l'an. Enfin elles apparurent huit fois à peu près à époque fixe dans le courant des douze derniers mois. Cette dame, malgré son désir, n'a jamais eu de grossesse.

Dans les premiers jours d'octobre 1869, quelques jours après l'apparition des règles, Mme V,.. fut prise d'inappétence; les digestions devinrent difficiles, les seins se gonflèrent d'une façon très-appréciable, devinrent douloureux, puis ces accidents cessèrent spontané-

ment. Depuis huit jours la santé est excellente et l'appétit très-prononcé.

Le 1er novembre, à l'époque attendue, nouvelle perte de sang sans douleur, de même quantité qu'aux époques précédentes.

Le 5, à minuit, Mme V... est éveillée par des douleurs utérines rémittentes ; elles durent deux heures en s'accompagnant d'un écoulement de sang plus considérable, puis la malade, croyant à un simple besoin d'uriner, expulse les deux produits suivants, après quoi tous les accidents cessent immédiatement.

Je n'avais point été appelé ; les pièces me furent présentées le lendemain.

L'une se compose d'une membrane représentant les deux tiers ou un peu plus de la moitié d'une sphère; c'était un kyste rompu dont le segment inférieur était détruit. Etendue sur une surface plane, elle se présente sous forme d'un cercle à peu près régulier, à bords assez nets, d'un diamètre de 5 centimètres sur 4 1/2. La face externe, hérissée de villosités, ressemble au tissu cellulo-graisseux; l'interne a toutes les apparences d'une séreuse. De son centre pend une vésicule pyriforme, longue de 5 centimètres, remplie d'un liquide légèrement citrin au milieu duquel on distingue un embryon long d'un demi-centimètre au plus, suspendu par un cordon très-grêle. La vésicule ombilicale est assez nettement apparente.

Pour laver ce produit je le laissai séjourner dans l'eau deux heures environ. Quand je le retirai, l'amnios était à peu près vide ; il y avait eu un effet d'exosmose rapide et très-prononcée.

En résumé, cette première pièce était un œuf abortif d'un mois environ, complet, composé d'un embryon, de l'amnios intact, d'une grande partie du chorion, et les villosités choriales un peu atrophiées avaient subi un commencement de dégénérescence graisseuse, ce qui me paraît avoir été la cause prochaine et directe de l'avortement.

Cinq minutes avant d'expulser cet œuf Mme V... avait rejeté une pièce dont voici la description :

Elle se présente sous la forme d'une membrane plane qui, étendue, rappelle une figure intermédiaire à l'Y et au T majuscules. Sa longueur est de 17 centimètres.

Largeur de la petite extrémité, 5 centimètres.

Largeur de la grande extrémité, qui s'étale en formant un angle très-obtus, 10 centimètres.

Largeur de la tige vers son milieu, qui est le point le plus rétréci, 2 centimètres à 2 1/2.

L'une de ses faces, rosée, tomenteuse, rappelle l'aspect d'une hypertrophie papillaire, de choux-fleurs, d'une plaie à la période de bourgeonnement.

L'autre face est lisse, de la couleur brune, uniforme, du sang vei-

neux, excepté vers sa large extrémité où elle est rosée. On trouve vers son milieu une petite déchirure, puis au-dessus et au-dessous de cette plaie deux épanchements sanguins nettement limités, longs de 2 centimètres, larges de 5 millimètres, ovoïdes, dont le grand axe est dirigé dans le sens de celui de la pièce elle-même.

A l'incision ils se montrent composés d'un caillot de sang noir, coagulé, très-nettement délimité, occupant presque toute l'épaisseur de la pièce, déterminant une saillie très-prononcée de la membrane d'apparence muqueuse qui les recouvre. Cette membrane peut être parfaitement détachée surtout vers la grande extrémité ; elle est plus adhérente dans le reste de son étendue où elle est injectée de sang.

L'épaisseur de cette production organique est de 4 à 5 millimètres en moyenne. Les bords latéraux sont nets et épais, les terminaux sont très-amincis.

Aucun débris ne fut trouvé les jours suivants.

La détermination précise de ce produit ne laisse pas que de présenter certaines difficultés.

Si nous le rapprochons du produit précédent, nous voyons qu'ils ont la même composition anatomique, un substratum d'apparence fibreuse ou charnue, une face bourgeonnée très-adhérente, une face lisse moins adhérente, soulevée, dans les deux cas, par des dépôts sanguins presque enkystés. Ils diffèrent par l'épaisseur, qui est ici beaucoup moindre, et surtout par la forme, puisque, dans le premier cas, nous avions un corps piriforme creusé d'une cavité ; dans le second, une membrane plane.

Dans la première pièce, la surface adhérente à l'utérus était la face bourgeonnée, la surface libre étant la face d'apparence muqueuse, où siégeaient les kystes. Il doit en être de même ici ; mais à quoi cette surface adhérait-elle ?

Admettra-t-on qu'elle tapissait une des faces seulement de la cavité utérine, son extrémité la plus large correspondant à l'orifice des trompes dont sa forme rappelle la disposition ? La hauteur du produit fait rejeter cette hypothèse : l'utérus, à cette époque de la grossesse, ne pouvait avoir atteint un pareil développement.

Admettra-t-on que la membrane était repliée sur elle-même, son milieu correspondant au fond de l'utérus, ses extrémités au

col? La forme et l'étendue des deux extrémités éloigne cette supposition. D'ailleurs elle a été rejetée avant l'œuf.

Il faut donc admettre qu'elle était repliée de telle sorte, que les deux extrémités correspondaient au fond de l'utérus, et, comme il n'y a pas d'orifice proprement dit, la petite déchirure centrale étant évidemment traumatique, nous sommes conduits, par voie d'exclusion, à considérer cette pièce comme étant la caduque réfléchie dont la face bourgeonnée était en rapport avec la face externe du chorion, dont la face lisse était dirigée vers la face libre de la muqueuse utérine.

Cette caduque a-t-elle fait partie d'un sphéroïde? Sa forme de membrane plane est-elle le résultat d'une déchirure? En tenant compte de l'absence de tout débris de même nature les jours suivants et de la netteté des bords, je suis plutôt porté à croire à une anomalie dans le développement, anomalie qui a modifié la forme ordinaire de la caduque, et peut-être empêché la greffe de l'œuf.

Quoi qu'il en soit, il reste démontré que, dans certaines circonstances, la caduque peut acquérir un développement pathologique particulier, revêtir la forme d'une membrane ou d'un sphéroïde, et prendre des dimensions très-étendues. Nous avons dans ces trois cas une face adhérente de même aspect. Que, comme je l'ai déjà dit, la membrane de l'observation III, qui est bien et ne peut être que la caduque, augmente encore de dimensions, que les quelques kystes sanguins que l'on remarque à l'autre face soient remplacés par un grand nombre de kystes séreux ou muqueux, et nous avons la môle hydatoïde.

Simple hypothèse, dira-t-on, ou tout au moins induction prématurée; mais sur quoi se base toute l'école actuelle quand elle voit dans la môle hydatoïde une hydropisie des villosités choriales?

Sur trois ordres de preuves qui ne soutiennent pas l'examen :

1o L'identité de structure des villosités choriales et des vésicules de la môle. Nous verrons que cette identité n'est pas démontrée et qu'elle n'existe pas.

2o Sur la disposition rameuse commune. Mais ce mode de ramification se trouve partout dans la nature, et ce caractère,

prouvât-il quelque chose, il n'existe pas dans mon observation. Nous aurons à voir si d'autres l'ont réellement rencontré.

3o Le siége. Mais si les vésicules appartenaient au chorion, elles seraient situées sur la face extérieure de la membrane, elles seraient contiguës à la paroi de la cavité utérine. Or, cela n'est pas possible, et les quelques observations que l'on pourrait invoquer à l'appui de cette manière de voir sont susceptibles d'une autre interprétation et contredites par toutes les autres.

Il y a donc lieu d'étudier à nouveau toutes ces questions, et pour le faire, j'aurais voulu pouvoir réunir et discuter tous les faits connus. Malheureusement, les exigences de la profession, qui ne permettent que de rares et courtes échappées vers les grandes bibliothèques publiques, nous rendent les recherches de cette nature extrêmement lentes et difficiles. J'ai donc dû borner mon ambition, et, là où il aurait fallu un traité, me contenter de faire une étude.

Pour certains faits, j'ai dû les accepter de seconde main. J'aurai soin d'indiquer les sources *réelles* où j'ai puisé.

Quant à ceux que j'ai puisés à leur source, on verra combien peu sont précis et détaillés. C'est néanmoins en m'appuyant exclusivement sur les faits que je veux étudier la môle hydatoïde en elle-même, — les phénomènes qui accompagnent son développement, — ceux qui président à son expulsion.

Synonymie. — De toutes les dénominations : môle hydatique, cystique, acéphalocystes du placenta; kystes placentaires multiples (Broca), dégénérescence aréolaire et gélatiniforme du placenta (Cruveilhier), myxome ordinaire, cystoïde du placenta (Virchow), hydropisie des villosités choriales (Robin), nous rejetterons les premières, parce qu'elles énoncent une idée fausse, les autres, parce qu'elles préjugent la nature ou le siége du produit, et nous emploierons de préférence les expressions de môle aqueuse (Tulpius), vésiculaire (Mme Boivin) ou hydatoïde.

Simple aperçu historique. — La môle hydatoïde semble avoir été décrite d'abord par Aetius : « Une quantité d'humeur afflue dans l'utérus, et quelquefois certains petits corps semblables à

la vésicule biliaire s'engendrent dans ce viscère, et une humeur s'accumule dans leur intérieur ; » et plus bas il appelle ces petits corps « des vessies de peau remplies d'eau » (1).

Quoi qu'il en soit de la signification de ce passage, qui a été différemment interprété par les commentateurs, je trouve dans le catalogue chronologique d'Astruc (2) l'indication suivante, que je reproduis textuellement, parce que je ne l'ai trouvée nulle part ailleurs : « Il y a dans l'ouvrage de Maurice de la Corde (3) une observation curieuse d'une hydropisie hydatique, et c'est la première observation bien précise que l'on ait sur cette maladie. On peut voir dans l'auteur la surprise où il fut, de même que le reste des spectateurs, à la vue d'un fait dont il n'avait pas la moindre idée. »

Puis viennent des observations particulières : celles de Schenk de Grafenberg (1665) (4), qui la range dans le chapitre des môles ; de Tulpius (1652) (5), qui mentionne que quelques auteurs l'appelaient môle aqueuse ; et enfin les travaux plus importants de Vallisnieri (6), Ruysch (7), Bidloo (8), Morgagni (9) et d'autres encore, dont les opinions seront discutées plus loin.

Tandis que les recueils étrangers et notamment les Actes des curieux de la nature se peuplent de ces sortes d'histoires, de telle sorte que, dit Morgagni, « je pourrais paraître porter de l'eau à la rivière si j'en ajoutais ici d'autres que je connais avec de longs détails, » nous n'avons à noter en France que quelques cas rares, ceux de A. Paré, Mauriceau (1685), Millot (1809), Nauche (1813), Percy (1811) ; mais ces faits passent si bien inaperçus, qu'en 1818, le Dictionnaire en 60 volumes, résumé de la science médicale française à cette époque, n'en dit pas

(1) *Tetrabile* 4, *sermo* 4, *c.* 79, cité par Morgagni, épist. 48, n. 13.
(2) *Maladies des femmes*, t. IV, p. 236.
(3) M. Cordœus. *Hipp. de morb. mulier. interpr. et expl.* Paris, in-foi. 1585
(4) *Obs. med. rarior.* Lib. 4, p. 620, cité par Virchow.
(5) Tulpius. *Obs. méd.*, p. 246.
(6) *Œuvres*, t. II.
(7) *Thesaur. anat.*, 1705. *Obs. anat. chir.*, 1691.
(8) *Exerc. anat. chir.*
(9) *Epist.*, 48

un mot et se borne à indiquer les observations de Perçy comme exemples d'hydatides de l'utérus.

Il nous faut arriver à 1822 pour trouver un travail d'ensemble, celui d'Hippolyte Cloquet (1); puis en 1827 Mme Boivin publie son mémoire déjà cité, mémoire intéressant, mais assez mal digéré; viennent ensuite les travaux de Cruveilhier; enfin les recherches de Ch. Robin et de son école, confirmées et complétées par les savants allemands. Pendant cette période, les observations particulières se multiplient; leur exposé, celui des différents travaux que nous aurons occasion de citer dans le cours de ce mémoire, compléteront ce court aperçu.

Nous allons maintenant étudier le produit pathologique désigné sous le nom de môle hydatoïde, en discutant, chemin faisant, les descriptions qui en ont été données.

A. De la môle hydatoïde.

I. *Des vésicules considérées individuellement.*

Les vésicules qui la constituent varient de *volume*, de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une noisette ou d'une noix.

Quant à leur *forme*, elles sont en général sphéroïdes ou ovoïdes, souvent un peu étirées du côté du pédicule, piriformes, à grosse extrémité tournée vers la périphérie, la petite extrémité se terminant en pédicule. Quelquefois assez régulièrement triangulaires (Cruveilhier), forme qui, selon la remarque de Cayla, est due à ce que la vésicule se trouve placée dans un angle, ou à ce que à une vésicule piriforme viennent s'insérer trois pédicules, l'un à son extrémité effilée, les deux autres de chaque côté de sa partie renflée. D'autres sont cylindriques, fusiformes, bicornes, en cornemuse, en calebasse (Cruveilhier), aplaties (Depaul). Dans certains cas, les vésicules et même les pédicules sont hérissés d'un nombre plus ou moins considérable de prolongements communiquant avec les vésicules cylindriques en doigts de gant (Pelvet), ou de vésicules plus petites (Boivin,

(1) *Faune des médecins*, t. I. p. 133, 1822.

Cruveilhier), les unes simplement étranglées en leur point d'insertion, d'autres soutenues par un filament. De ces vésicules adventives, les unes sont visibles à l'œil nu, d'autres seulement au microscope.

Les *parois* du kyste, épaisses de $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$, sont assez résistantes, lisses, plus ou moins transparentes. Elles étaient d'un blanc rosé, et même d'autres plus petites étaient rouges et rosées dans les observations de Destrez, de Haller. Morgagni cite des cas semblables (1).

La face interne présente sensiblement le même aspect.

La *cavité* est en général uniloculaire. Seul, à notre connaissance, Cruveilhier l'a vue traversée par un nombre prodigieux de lamelles et de fibres qui la divisaient en une trame aréolaire dont les mailles communiquaient toutes entre elles.

En ce qui concerne la *structure*, il s'en faut de beaucoup que la question soit résolue. Voici, en effet, les seuls éléments que nous avons pu trouver.

D'après Cruveilhier, la membrane du kyste est constituée par un seul feuillet laissant voir par transparence une disposition réticulée parfaitement accusée. Pelvet l'a trouvée uniquement composée de granulations moléculaires. Pour Luys, elle est fibroïde, formée d'un accolement très-serré de fibres fusiformes dont les noyaux sont la plupart du temps étouffés par un développement exubérant de granulations graisseuses. Celles-ci se présentent par amas irréguliers, en proportions considérables, dans l'épaisseur des parois des vésicules. C'est à peine si l'on distingue dans les espaces qu'elles laissent à découvert quelques

(1) Lancisi en vit quelques-unes qui étaient distendues par une espèce de sang rougeâtre sur une seule et même grappe, au milieu de toutes les autres qui étaient pleines d'une humeur limpide et jaunâtre. Magnen, Dechiappa et Gutermann n'eurent pas non plus de doute à cet égard, les deux derniers ayant vu en dedans une tache sanguinolente ou rougeâtre, celui-ci sur quelques vésicules des plus grosses et celui-là sur toutes (car toutes étaient grosses), et Magnen ayant trouvé dans une môle quelques vésicules jaunâtres et deux ou trois seulement qui étaient rougeâtres à l'extérieur, tandis que dans une autre môle, sur la même femme, toutes les vésicules qui étaient innombrables et miliaires se trouvaient très-rouges (*Epist.*, 48, n. 14).

noyaux de cellules; on ne constate pas de vaisseaux dans l'épaisseur des parois (obs. de Gibert).

A Mme Boivin, examinés au microscope, ces corps vésiculaires ont paru composés d'une double membrane, dans l'épaisseur de laquelle on voit un semis pulvériforme blanchâtre, visible aussi à l'œil nu. Pour ma part, j'ai constaté l'existence de deux membranes.

Cayla se borne à constater la ressemblance des parois des vésicules et des villosités choriales. « L'état fibroïde, dit-il, se retrouve dans la substance de quelques kystes; il n'y a de différence qu'un très-grand nombre de granulations moléculaires. »

A propos d'un cas de Duhamel, Ch. Robin (1) les voit aussi formées de deux tuniques, l'une, externe, offrant la structure propre au chorion de l'homme, c'est-à-dire qu'elle se compose d'une couche mince, grisâtre, parsemée de fines granulations grisâtres et de noyaux ovoïdes inclus dans l'épaisseur de cette substance, et, en outre, de granulations graisseuses accidentelles, dont la quantité varie d'un point à l'autre de l'enveloppe de chaque vésicule. La tunique externe étant déchirée, l'interne fait saillie sous forme d'une vésicule pâle, hyaline, très-transparente, épaisse de 1 à 2 centièmes de millimètre, composée uniquement de fibres de tissu cellulaire entrecroisées avec d'autres également isolées, les autres formant des faisceaux aplatis, larges de 1 à 8 centièmes de millimètre, dans lesquels les fibres sont moins flexueuses. Les faisceaux se subdivisent çà et là et s'anastomosent les uns avec les autres. Des noyaux fibro-plastiques assez abondants sont interposés aux fibres de tissu cellulaire.

Virchow n'ajoute rien aux données précédentes.

Le liquide contenu dans les vésicules est en général limpide, quelquefois visqueux, de couleur citrine (Pelvet), jaunâtre (Lancisi), verdâtre (Morgagni), d'autres fois sanguinolent (Jolly, Depaul, Nauche, et les observateurs cités page 95). Cette coloration, qui se rencontre dans le voisinage des vaisseaux sanguins. est due à ce que l'hématine s'est dissoute et a traversé les parois

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1858.

par imbibition, car, sur la pièce de Depaul, Robin a constaté l'absence de globules sanguins.

Au microscope, d'après Robin et Cayla, le liquide présente deux sortes de cellules à peu près égales en nombre, peu abondantes; les unes, sphériques, transparentes, à bords nets et réguliers, contiennent un ou deux noyaux également sphériques. La cellule a $0^{mm},012$ à $0^{mm},015$; le noyau est une ou deux fois moins large. Le contenu de la cellule est composé de très-fines granulations grisâtres, à peu près toutes d'égal volume. Quant aux noyaux, leurs bords sont également nets et peu foncés. Ils sont transparents et renferment moins de fines granulations que les cellules; on trouve habituellement dans leur intérieur un nucléole de $0^{mm},001$ au plus, et les cellules ne peuvent se rapporter à aucun élément anatomique des autres tissus.

Les autres cellules appartiennent à l'épithélium pavimenteux; les unes sont sphériques et ne diffèrent des autres cellules de l'épithélium pavimenteux à l'état naissant que par des granulations moléculaires assez nombreuses, éparses ou accumulées autour du noyau, à contour net et foncé, à centre brillant, ne dépassant guère $0^{mm},001$ de diamètre. On trouve encore des noyaux libres. possédant parfois deux nucléoles. Les autres cellules d'épithélium sont irrégulières, polygonales, aplaties, ayant quelquefois un volume double de celles de l'épithélium pavimenteux, leurs noyaux sphériques ou ovoïdes ayant un développement proportionnel. Elles contiennent aussi dans leur épaisseur un grand nombre de granulations moléculaires.

Nous ne connaissons qu'un petit nombre d'expériences ayant pour but d'étudier la composition chimique des vésicules et de leur contenu.

Shrokius a remarqué qu'après avoir passé plusieurs jours dans l'alcool, elles avaient perdu de leur coloration et de leur volume, qu'elles s'étaient durcies et ridées. D'après Vallisnieri, jetées à l'eau l'une après l'autre ou plusieurs à la fois, elles se précipitaient également au fond du vase; cuites, elles diminuaient de volume, se ridaient, blanchissaient et perdaient leur transparence. Généralement, le liquide se coagulait; d'autres fois, il ne se coagulait point au feu. L'alcali ne produisait, avec

les vésicules ni avec le liquide, la moindre effervescence; les acides ne les coagulaient pas. Selon Mme Boivin, plongées dans l'alcool, elles se rident, deviennent plus épaisses, diminuent de volume. Dans les plus petites, le liquide est resté fluide; dans les plus grosses, où il était visqueux, il s'est coagulé.

En opérant sur une pièce de Nauche, Millot a remarqué qu'il ne coagulait ni par la chaleur, ni par l'alcool, ni par les acides, qu'il précipitait par le tannin; enfin il ne rougissait point les couleurs bleues végétales, et verdissait légèrement le sirop de violettes.

L'explication de ces différences se trouve sans doute dans ce fait signalé par Virchow, savoir : que les réactions qu'il a obtenues sont celles, non de l'albumine, mais de la mucine, dont les caractères sont de se redissoudre par une addition d'eau après avoir été précipitée par l'alcool concentré, ou dans un excès d'acide minéral. *(A suivre.)*

DES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC QUE PEUVENT SOULEVER CERTAINES TUMEURS DE L'ABDOMEN A APPARITION INTERMITTENTE EN RAPPORT AVEC LA MENSTRUATION. — REIN MOBILE.

Par MM. **Desnos**, médecin de l'hopital de la Pitié,
et E. **Barié**, interne des hopitaux.

La nommée D..... Marie, 19 ans, fleuriste, entre le 8 janvier 1875 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Desnos, avec tous les signes de la chlorose : pâleur du tégument, fatigue habituelle, essoufflements, souffles cardiaque et vasculaire, etc. La malade qui, depuis 4 mois, n'a pas vu ses règles (aucun signe de grossesse), se plaint, en outre, d'une douleur persistante et vive dans la région lombaire gauche, s'irradiant jusque dans la fosse iliaque du même côté. Cette douleur, presque continue, présente, à de certains moments, des exacerbations très-pénibles.

La malade nous dit, qu'à l'âge de deux ans, elle est tombée du haut d'un meuble sur le plancher, que le coup a porté sur la région lombaire, et que c'est depuis cette époque, qu'elle a



commencé à ressentir des douleurs. Celles-ci, jusqu'à l'âge de 10 ans, n'étaient pas continues, mais apparaissaient tous les mois à peu près, durant 4 ou 5 jours, s'accompagnant chaque fois de vomissements.

A l'âge de 16 ans, la malade eut ses règles pour la première fois, mais celles-ci, dans la suite, furent irrégulières, le sang était pâle et peu abondant.

Depuis que la malade est réglée, les douleurs, beaucoup plus fréquentes, deviennent presque toujours plus vives à l'époque de l'écoulement menstruel, mais les vomissements ont complètement disparu.

La malade est un peu nerveuse; il y a 15 jours, elle a eu une attaque de nerfs, suite d'une frayeur; enfin depuis la même époque environ, les douleurs lombaires et iliaques sont plus accusées. C'est ce qui l'amène aujourd'hui dans nos salles.

Le 20 janvier. Les règles, disparues depuis 4 mois, sont revenues ce matin; elles sont peu abondantes; la malade se plaint beaucoup d'une douleur dans la fosse iliaque gauche.

Le 22. Cessation des règles. Vives douleurs dans le ventre. Nous constatons en même temps, dans la fosse iliaque gauche, l'apparition d'une tumeur dont D... déclare s'apercevoir pour la première fois.

Cette tumeur, de la grosseur d'une tête d'un fœtus à terme environ, s'étend à partir du rebord des fausses côtes dans la région iliaque; elle est lisse, globuleuse, tendue et rénitente, faisant saillie sous la peau qui conserve sa coloration normale, un peu douloureuse à la pression et très-mobile. C'est ainsi qu'on peut la refouler dans tous les sens, et surtout vers le haut où l'on peut la rejeter sous le rebord costal, presque tout entière. — A la percussion, elle donne un son mat, qui tranche nettement sur la sonorité du paquet intestinal.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est légèrement dévié en rétroflexion, mais les culs-de-sac sont libres et il est facile de voir, en combinant la palpation de l'abdomen avec le toucher, que la tumeur ne fait corps ni avec l'utérus, ni avec ses annexes.

L'examen des urines montre qu'elles sont parfaitement normales.

Le 27. La tumeur a disparu complètement, et avec elle les douleurs abdominales. Par le palper, on ne sent plus, à la place de la tumeur, qu'une sorte de cordon dur, profond et un peu mobile.

Le 12 février. Les règles sont revenues ce matin. Elles durent deux jours, et cessent brusquement, la malade ayant pris une Varioloïde bénigne, complètement guérie le 20.

Le 26. Depuis deux jours la malade se plaint vivement de douleurs dans la région lombo-iliaque gauche. Ce matin nous voyons la tumeur réapparaître pour la seconde fois : elle a le même volume que la première fois, tendue et rénitente; elle est cependant un peu plus elliptique et légèrement dirigée de haut en bas, et de dehors en dedans. Elle mesure : 0,13 centimètres sur son grand axe; 0,09 centimètres sur son petit axe.

Le 29. Disparition complète de la tumeur. — A peine quelques douleurs.

Le 18 mars. La malade a ses règles, elle souffre beaucoup du ventre; jamais, nous dit-elle, elle n'a tant souffert. Injections hypodermiques de morphine. Le ventre est ballonné; dans la partie habituellement occupée par la tumeur on sent un empâtement profond.

Le 20. On sent la tumeur à la palpation, mais elle est plus difficile à délimiter, la malade ayant un peu de tympanite.

Le 23. Cessation des règles.

Le 25. La tumeur a disparu.

Le 29. La malade est envoyée au Vésinet. — Elle se trouve beaucoup mieux; son état chlorotique, soigné par les toniques, s'est sensiblement amélioré, elle ne se plaint plus que de quelques douleurs passagères dans la région lombaire.

Résumant en quelques lignes les détails de cette observation, nous voyons qu'il s'agit ici d'une tumeur abdominale, globuleuse, rénitente, un peu douloureuse à la palpation, avec ce caractère curieux d'être intermittente, d'apparaître en causant de vives douleurs, au moment des époques menstruelles, et de disparaître quelques jours après, en ne laissant dans les intervalles qu'un peu de gêne et quelques douleurs vagues.

Quelle peut-être la nature de cette douleur ?

D'après son siége, on peut songer qu'elle appartient à la *rate*, aux *annexes utérins*, à l'*ovaire*, au *rein*.

1. — De suite nous pouvons éliminer la *rate*, car la percussion nous a montré constamment qu'elle occupait sa position normale, et qu'elle ne se prolongeait pas du côté de la tumeur.

2. — Nous pourrions songer maintenant qu'il s'agit, ici, d'un kyste ovarique au début.

En effet, la place occupée par la tumeur correspond bien à celle de l'ovaire, et son extrême mobilité peut s'expliquer en ce que le kyste, encore jeune, n'a pas encore contracté d'adhérences avec les organes voisins. Quant à son intermittence, nous avons dit que la tumeur apparaissait surtout aux époques cataméniales ; or, si l'on songe aux poussées congestives qui s'effectuent au moment des règles, du côté de l'ovaire, on trouverait facilement l'explication de cette sorte de fluxion s'opérant du côté de la tumeur, d'autant plus que celle-ci ne disparaissait pas entièrement, mais s'affaissait en partie, ne se manifestant plus, à l'exploration, que par cette sorte de cordon dur, mobile et profond, que nous avons signalé plus haut.

Mais, d'une autre côté, si nous nous rappelons, que le toucher vaginal montre la complète indépendance des organes génitaux internes, avec la tumeur, et que celle-ci, très-mobile, et pouvant, en haut, être refoulée facilement vers le rebord costal, présente au contraire une mobilité beaucoup plus limitée vers les organes pelviens, nous serons autorisés à rejeter l'idée d'un kyste ovarique.

3. — Reste donc l'hypothèse d'une tumeur rénale. Disons de suite que c'est à cette dernière que nous serions tenté de nous rattacher, partageant en cela l'opinion de M. le Dr Gallard qui a bien voulu examiner la malade avec nous.

On sait qu'il y a une relation pathologique très-intime entre les reins et les organes génitaux de la femme, et Rayer insiste a sur cette fréquence des rapports des maladies des reins avec celles de l'utérus et de ses annexes. »

Ces rapports ne sont pas moins intimes, en ce qui concerne le domaine physiologique ; tous les auteurs admettent aujour-

d'hui, qu'au moment des règles, ils se fait une poussée congestive très-manifeste du côté des reins.

« Au moment de la fluxion cataméniale, les reins s'associent à cette congestion des organes génitaux et se tuméfient..... ce fait ne donne-t-il pas l'explication des douleurs des reins, accusées par les femmes au moment de leurs époques?.... » (1)

Rayer appuie cette opinion de quelques observations probantes, et entre autres, de celle d'une dame atteinte de coliques néphrétiques, revenant tous les mois à l'époque des règles, durant 4 ou 5 jours, avec conservation de la santé parfaite dans l'intervalle des règles.

Nous serions donc disposé, malgré l'absence d'altération de l'urine, à regarder cette tuméfaction comme une tumeur mobile faisant corps avec le rein, demeurant cachée comme un rein flottant dans l'intervalle des époques, et ne se manifestant alors que par des signes de compression de voisinage (douleurs lombo-iliaques), puis augmentant de volume et venant se montrer dans l'abdomen sous forme de tumeur, au moment du flux cataménial. — Ce mécanisme admis d'ailleurs pour la production des reins flottants, par Trousseau, Gueneau de Mussy, Lécorché, Fritz, etc., se ferait de la façon suivante, d'après Becquet :

« Le rein (au moment des règles), tuméfié et de plus en plus lourd, tend à sortir de sa place normale..... et descend peu à peu dans l'abdomen...... pour reprendre sa position normale, une fois la congestion dissipée. »

Disons encore que, outre le traumatisme accusé par la malade et qui a été noté comme cause productrice de ces tumeurs, notre opinion est encore appuyée : 1° par le sexe de la malade, les tumeurs mobiles des reins étant de beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme;

2° Par son âge, ces sortes de tumeurs existant surtout « pendant la période d'activité des fonctions génitales et reproductrices » (2).

(1) Becquet. *Archives de médecine*, 1865.
(2) Fritz. *Archives de médecine*, 1859.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES JUMEAUX

Par le Dr E. Ahlfeld (1),

Traduction par le Dr L. E. DUPUY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite.)

Il est spécifié dans 5 cas que la muqueuse buccale s'étendait sur la tumeur qu'elle recouvrait en partie, tandis que l'autre moitié restait libre. Dans ces observations on décrit la muqueuse devenant de plus en plus mince, ne persistant que sous forme de plaques isolées, et finissant par disparaître complètement.

La surface de la tumeur présentait fréquemment de petites végétations que l'on pouvait comparer à des doigts, des orteils, etc., ou des excroissances qui étaient prises pour des extrémités fœtales. Dans un cas, un sillon de la tumeur fut considéré comme étant le pli interfessier; une petite ouverture, existant au fond celui-ci, fut prise pour l'anus, un petit os pour un rudiment d'organes génitaux.

A propos de l'observation I, la fantaisie pure jouait un grand rôle dans la description de ces soi-disant ressemblances qu'auraient eu certaines portions des tumeurs avec les parties fœtales.

Le plus souvent il n'est possible de discerner à ce sujet le vrai du faux, pas plus par l'examen des planches annexées au texte que par ce texte lui-même. Aussi ferons-nous cette remarque que, dans les observations contemporaines, ces affirmations sont faites avec plus de prudence et sont bien moins catégoriques. Quant au contenu des tumeurs, nous devons dire qu'ici aussi la fantaisie de l'écrivain tient une certaine place et qu'il est presque impossible d'établir un contrôle exact en se servant soit des figures, soit des descriptions.

(1) Extrait des *Archiv für Gynækologie*, tome VI, fascicule 2. Voir les *Annales de gynécologie*, t. III, p. 369 et t. IV, p. 344.

Dans presque toutes les tumeurs, on trouvait des cavités qui, suivant leur contenu ou leur revêtement, furent désignées sous les noms de poches, lobes ou kystes. Le contenu de ces cavités était, dans la plupart des observations, un liquide plus ou moins épais. Dans la majorité des cas, on décrivait le liquide renfermé dans ces lacunes comme étant de la substance cérébrale.

Les observateurs les plus récents ont, en partie, vérifié cette assertion par des recherches histologiques précises. Il est probable que les substances désignées par les anciens sous les noms de « athéromateuse, caséeuse, granuleuse, sarcomateuse, etc., » étaient également de la matière cérébrale.

Outre le liquide et la masse cérébrale, les cavités renfermaient parfois de la peau, de l'épithélium, de la graisse, des cheveux, des dents, du cartilage et des os. On trouva dans 6 tumeurs des portions d'intestin ; le plus souvent c'étaient de petites portions fermées aux deux extrémités. Une fois cependant, un lambeau d'intestin atteignait une longueur de 10 cent.: il présentait cette particularité d'être formé par deux tubes séparés et étendus l'un à côté de l'autre. Il fut possible, dans un cas, de reconnaître l'appendice vermiforme fixé à une portion d'intestin; dans un autre cas, l'intestin aboutissait à un orifice placé à la surface de la tumeur et que l'on considéra comme étant l'anus. Dans deux cas, les lambeaux d'intestin, fermés en haut et en bas et remplis de tissu muqueux, avaient l'aspect de kystes. Dans un cas (obs. 21), l'auteur reconnut du tissu hépatique normal.

On trouva très-souvent de petits fragments de cartilage, le plus souvent isolés, rarement unis à des os.

Un auteur crut reconnaître la symphyse dans deux petits morceaux de cartilage unis l'un à l'autre.

Plus souvent encore les tumeurs renfermaient des os. Ceux-ci pouvaient provenir du fœtus normal; ainsi dans l'observation 8, un os aplati, émané du frontal, divisait la tumeur en deux parties; mais le plus souvent, ils étaient indépendants. On trouva aussi bien des os plats que des os longs, et il est tout naturel que les auteurs aient cherché à assigner à chaque

fragment osseux sa place dans le squelette du fœtus normal.

Voici l'énumération, suivant leur degré de fréquence, des os que l'on rencontra : dans 30 observations, on décrivit des os ressemblant au maxillaire inférieur dont les uns portaient des dents, tandis que les autres en étaient, au contraire, dépourvus.

Dans 3 cas on nota des os crâniens : une fois la base du crâne, une fois l'occiput, une fois un os qui ne fut pas déterminé.

Trois fois, on reconnut les os pour être des portions de la colonne vertébrale (2 fois le sacrum); deux fois on crut avoir affaire au tibia (dans un cas avec la rotule, le talus et le calcanéum); une fois on découvrit un maxillaire supérieur.

Dans plusieurs autres faits où l'on rencontra des fragments osseux, il ne fut pas possible de leur assigner une ressemblance avec les os du fœtus normal.

Outre les os dont nous venons de parler, on en trouve encore fréquemment dans des membres fœtaux englobés dans la tumeur ou s'en dégageant.

Il s'agit principalement d'extrémités munies de doigts ou d'orteils dans lesquels on trouva des os longs.

De même que dans les extrémités surnuméraires on constate fréquemment une augmentation du nombre des doigts ou des orteils, de même aussi on a noté ce fait chez les épignathes.

Il faut enfin rappeler que dans les tumeurs on observa cinq fois des cordons ombilicaux. Il est vrai que dans un seul cas la présence du cordon ombilical est rendue évidente par la description et les figures (obs. 26); pour les autres faits, la description est trop peu précise !

En général, les tumeurs faisant saillie hors de la bouche étaient pauvres en vaisseaux sanguins, et cela d'autant plus que le pédicule les reliant au fœtus était plus grêle. Dans une seule observation on parle d'une grande vascularité.

Avant de parler de la nutrition des tumeurs, il est nécessaire de préciser leur mode d'union au fœtus principal.

Dans 3 cas seulement il est rapporté brièvement que la tu-

meur faisait saillie hors de la bouche, sans qu'il soit fait mention de ses insertions dans la cavité buccale.

Les tumeurs qui étaient complètement renfermées dans la cavité buccale contractaient des adhérences simples ou multiples avec toutes les parties qu'elles touchaient. Quant aux tumeurs pédiculées, nous ne devons pas nous figurer que le pédicule restât simplement libre dans la cavité buccale : il contractait souvent, au contraire, des adhérences avec les organes voisins. Si nous regardons comme constituant, le pédicule principal celui qui est placé le plus loin en arrière, nous trouvons que, dans la majorité des cas, son insertion se faisait à la paroi supérieure de la cavité de la bouche et du pharynx. Dans plusieurs faits on pouvait poursuivre le pédicule (et même dans trois cas la tumeur tout entière) jusqu'à la base du crâne, et constater qu'il s'y insérait; le plus souvent, le point d'implantation existait sur la selle turcique.

On comprend aisément que dans les cas où la tumeur était pédiculée, celle-ci devait se nourrir par l'intermédiaire de son pédicule. Aussi, même lorsqu'il n'en est pas fait mention dans l'observation, faut-il considérer comme vaisseaux nourriciers de la tumeur ceux qui avoisinaient le point d'implantation.

Dans quelques cas où l'insertion de la tumeur se faisait à une place insolite, on spécifie avec plus de précision le mode de nutrition. Une observation porte que l'artère nourricière était la maxillaire externe, une autre l'artère temporale, une autre enfin que c'était une artère cérébrale, rampant sur le plancher de la voûte crânienne (obs. 19).

Vrölik a cherché, dans l'observation 4, les nerfs se rendant à la tumeur, mais n'en a point trouvé.

Il me reste maintenant à examiner le retentissement de la tumeur sur l'organisme du fœtus principal.

Les enfants avaient tous un corps bien conformé, à l'exception d'un seul (obs. 22) qui avait un double pied bot valgus. La tête seule présentait des anomalies.

A première vue, on constatait chez les épignathes, dont la tumeur restait renfermée dans la cavité buccale, que le côté sain de la face était attiré du côté malade. L'angle palpébral,

l'aîle du nez, la commissure labiale étaient déviés vers la tumeur.

Lorsque la tumeur sortait de la bouche, on constatait que celle-ci était énormément dilatée, que les lèvres inférieure et supérieure étaient refoulées au loin, ou aplaties. Les recherches anatomiques firent constater aussi un retentissement sur les maxillaires supérieur et inférieur. Ces derniers étaient souvent aplatis et amincis; dans un cas, la portion médiane manquait, et les deux parties latérales étaient en forme d'arête, se terminaient en pointe et étaient dépourvues de dents.

Le maxillaire supérieur était aussi complètement divisé (3,25 cent.) dans un cas.

Au voisinage de la bouche, le nez était souvent aplati par suite des progrès de la tumeur vers le haut. Dans un cas, l'œil se trouvait également repoussé par les envahissements de la tumeur.

Mais les modifications les plus fréquentes se passaient dans l'intérieur de la cavité buccale. D'un côté, la tumeur entraînait à sa suite des organes vers la bouche; de l'autre, elle empêchait par son développement l'accroissement normal des os. Aussi trouvons-nous fort souvent une fente de la voûte palatine, conséquence de l'envahissement de la tumeur. Dans un cas, les palatins manquaient complètement; une fois, l'os zygomatique était complètement détruit; une autre fois enfin, un os plat émanant du frontal, s'étendait dans l'intérieur de la tumeur.

La base du crâne était aussi, dans beaucoup de cas, gênée dans son développement normal. Souvent nous avons trouvé qu'elle n'était formée qu'incomplètement; dans un cas, les parties antérieure et moyenne du sphénoïde manquaient, ainsi que l'ethmoïde. Dans 3 cas, le cerveau lui-même était comprimé par la tumeur qui s'était développée sur le plancher de la cavité crânienne; dans un quatrième cas, l'os nasal manquait, et il n'était pas possible de trouver le nerf olfactif. Deux observations mentionnent l'absence de la glande pituitaire du cerveau.

Mais je dois faire remarquer formellement que dans certains faits les modifications du fœtus principal étaient très-minimes,

et que, dans la majorité des cas, la base du crâne était complètement intacte. *(A suivre)*.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE PAR L'EMPLOI DU CHLORAL HYDRATÉ,

Par le Dr H. Chouppe,
Chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris.

A. *Cas dans lesquels le chloral hydraté n'a pas été employé seul.*

OBSERVATION I (1).

Il s'agit, dans ce cas, d'une primipare âgée de 22 ans. Elle n'aurait eu ni œdème en aucun point du corps, ni albumine dans les urines. Les accès, qui étaient très-violents, avec une durée de 4 ou 5 minutes, se répétaient toutes les heures. Quand le chloral hydraté fut employé, la malade avait déjà eu 33 accès, et avait été soumise, sans résultat aucun, aux traitements les plus variés (*saignée générale, sangsues, vésicatoires, sinapismes*, 3 *grammes de sulfate de quinine*, 1 *lavement purgatif*). Après tous ces traitements, la malade eut encore 30 nouveaux accès en vingt-quatre heures, et la maladie semblait singulièrement s'aggraver. Le docteur Serré fit alors donner une potion de 130 grammes contenant 8 grammes de chloral, et qui fut prise par cuillerée chaque demi-heure; immédiatement après, la patiente fut prise d'un sommeil calme qui dura douze heures; elle accoucha heureusement et n'eut plus aucun accès.

OBSERVATION II (2).

Primipare de 28 ans, en travail. Orifice du col de la largeur d'une pièce de 2 francs. Première attaque : *aspersion d'eau froide*; *inhalation de chloroforme* en quantité suffisante; aucun effet. Dans l'espace d'une heure, trois attaques nouvelles; alors *saignée* de 800 grammes, puis *chloroforme* de nouveau. Les attaques continuent avec la même

(2) Serré de Bassaume. *Loc. cit.*
(2) Bookles. *Edinburgh med. journ.*

fréquence, mais elles deviennent moins fortes. Expulsion d'un enfant mort-né : délivrance. Nouvelle attaque suivie d'une autre, vingt minutes plus tard, puis d'une troisième ; *chloroforme*. On n'obtient aucun effet, et les attaques se renouvellent. En tout, elle a eu 14 accès. On donne alors 1 *gr.* 75 *centigr.* de *chloral*. Immédiatement après, cessation des accès. Cette dose est plusieurs fois répétée, mais les accès ne se reproduisent pas, et la malade guérit.

Cette observation est certainement peu favorable pour juger de la valeur du chloral; il y avait déjà eu une amélioration sous l'influence du chloroforme, et de plus on avait affaire à des accès survenant après l'accouchement, crises, on le sait, toujours moins graves.

OBSERVATION III (1).

Femme de 40 ans nerveuse; à son septième accouchement. Convulsions pendant sept heures. Après avoir essayé toutes les médications, on a recours à l'hydrate de chloral en suppositoires formulés de la manière suivante :

Hydrate de chloral....................	2 gr.
Saponi dur........................	4 gr.
Miel..............................	Q. S.

Un suppositoire toutes les heures; les convulsions cessent après le 2e suppositoire. Guérison.

OBSERVATION IV (2).

28 ans, primipare. Dès le début du travail, accès éclamptiques revenant chaque demi-heure au commencement de chaque contraction. Pouls petit, irrégulier, anasarque; urines légèrement albumineuses. *Sangsues* sans aucun résultat. Convulsions de plus en plus fréquentes. On donne 2 *gr.* 20 *d'hydrate de chloral* en potion. Immédiatement après, les accès cessent et la malade accouche, sans douleur, d'un enfant mort déjà depuis longtemps. Neuf heures après l'accouchement, nouveaux accès revenant de dix en dix minutes, on redonne la même potion, les convulsions cessent définitivement, et il ne reste plus qu'un peu de céphalalgie, qui disparaît bientôt.

OBSERVATION V (3).

Il s'agit d'une jeune femme de 18 ans qui, huit heures après le début du travail, eut de violentes secousses de courte durée, suivies de

(1) Whidhorne. *Med. Times and Gaz.*, 1871.
(2) Campbell. *The Lancet*, 1870.
(3) Lecacheur. *Loc. cit.*

coma. Une heure et demie après, nouvelle attaque suivie de deux autres. *Saignée de 150 gr., inhalation de chloroforme;* nouvelles attaques encore terminées par du coma. Seconde *saignée de 200 grammes* et nouvelle *inhalation de chloroforme.* Les attaques se succèdent avec une intensité croissante. Troisième *saignée de 150 gr.*, potion avec *4 gr. de chloral; injection de morphine* de 25 milligr. *Lavement purgatif, glace.* Il survient un peu après quelques petites secousses convulsives suivies d'une forte attaque. *Chloral 1 gr.*; 2° *injection de morphine* à la même dose. Accouchement spontané, guérison de la mère, enfant bien portant.

Nous n'avons pas cité, dans notre revue, un médicament anesthésique qu'on voit employé ici, c'est l'opium: or, chacun sait que l'opium et ses alcaloïdes jouissent de la propriété de diminuer la puissance des contractions utérines; or il faut qu'un médicament employé pour combattre l'éclampsie ne retarde pas l'expulsion du produit; autrement il pourrait, après avoir supprimé des accès, contribuer à entretenir la cause qui en produira de nouveaux. Ce n'est donc que dans des cas spéciaux et bien déterminés que le médecin pourra être autorisé à employer les préparations opiacées; et de ces cas il est seul juge.

Observation VI (1) personnelle.

Femme de 22 ans, primipare et à terme, entre à la Charité (service de M. Bourdon) le 29 septembre 1873. Elle a eu, dans les derniers temps de sa grossesse, un peu d'œdème des membres inférieurs. L'urine contient une assez forte proportion d'albumine. Le 30 septembre, à dix heures du matin, les douleurs sont vives et fréquentes. Col de la largeur d'une pièce de 50 centimes. A 11 heures, attaque d'éclampsie violente et franche; à midi, 2e attaque, *saignée de 300 grammes.* De midi à 1 heure, deux nouvelles attaques; *hydrate de chloral 4 gr.*, puis 1 gr. de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à 10 grammes. A 5 heures, la malade n'a pas eu de nouvelle attaque. La tête est dans l'excavation, elle est volumineuse. Le travail marche lentement. Application de forceps, pendant laquelle la malade ne souffre pas. Elle n'a plus d'attaques, et huit jours plus tard, elle sort de l'hôpital tout à fait guérie.

Observation VII (2).

Femme de 40 ans, enceinte de son 8e enfant, à terme et en travail.

(1) *Gazette obstétricale de Paris,* 5 novembre 1873.
(2) Dowell. *Dublin quartely journal,* 1870.

Elle a éprouvé des étourdissements dans les derniers mois de sa grossesse ; œdème. Le 1er mars, attaques éclamptiques revenant avec les douleurs. Le soir, au moment d'une attaque, elle accouche d'un enfant mort-né. La délivrance se fait facilement. Quelques instants après, retour des paroxysmes, qui sont plus forts et plus fréquents. Dilatation des pupilles : la peau devient pourpre; 4 *sangsues* aux apophyses mastoïdes et *lavements opiacés*. Les attaques cessent. Le 3 mars, les étourdissements reviennent, il y a de l'agitation, du délire. On fait des *applications froides* sur la tête : *vésicatoire à la nuque*, et l'on donne *calomel et jalap*. Pendant 3 jours, le même état se prolonge. Potion avec 12 *gr.* 50 *de chloral*. La même dose est répétée deux fois, et continuée pendant plusieurs jours : guérison.

Observation VIII (1).

Femme de 18 ans, primipare. Avant le travail, deux attaques dans l'espace de 20 minutes. *Inhalation de chloroforme*, aucun effet. Col dilaté. Présentation O. I. G. A. Deux nouvelles attaques, *crâniotomie*. Deux heures après la délivrance, deux attaques à un quart d'heure d'intervalle. A partir de ce moment, les attaques se répètent de quart d'heure en quart d'heure, en tout 12 accès. *Chloral 2 gr.*; sommeil de 3 heures. On répète plusieurs fois la même dose de quatre heures en quatre heures; sommeil profond et paisible. Guérison. La mère et la sœur de la malade ont eu des attaques d'éclampsie au moment de leurs couches.

Observation IX (2).

15 ans et demi, primipare; en travail depuis vingt-quatre heures, contractions régulières, tête au périnée. Convulsions éclamptiques fréquentes, mais peu fortes. Arrêt du travail, puis recrudescence des attaques, qui deviennent presque continuelles. *Forceps;* extraction d'un enfant mort et putréfié. Continuation des attaques, *hydrate de chloral*, 2 *gr.*, après quoi il ne se produit plus qu'une seule attaque. Injection phéniquée; huit jours après, reprise des accès. *Chloral*, sommeil de huit heures, agitation au réveil. On continue le chloral, et on ajoute *jusquiame, digitale et bicarbonate de potasse*. Le lendemain, il y a encore un peu de sensibilité, *huile de ricin*. Guérison.

Nous avons donné cette observation, quoiqu'elle soit certainement une des moins concluantes, parce que nous voulons, autant que possible, en ne nous bornant pas à une statistique sèche, bien montrer au lecteur quels sont les cas sur lesquels

(1) R.-C. Furley. *Edinburgh med. journ.*, 1871.
(2) Dacre Foy. *The Lancet*, 1870.

il peut baser son opinion. Ici, en effet, non-seulement nous avions affaire à des accès après l'accouchement, mais de plus le chloral a été donné non pas après d'autres médicaments, mais en même temps qu'eux, de sorte qu'ils nous paraît impossible de faire sa part dans le succès obtenu.

OBSERVATION X (1).

Femme de 22 ans, ouvrière, primipare. Jusqu'au cinquième mois de sa grossesse, en septembre 1872, elle s'était toujours bien portée, ou plutôt elle n'avait présenté que de petits accidents qui accompagnent d'ordinaire la gestation, quand, à cette époque, tout à coup et au milieu de la nuit, elle est prise d'accès éclamptiques. A cinq heures du matin, on pratique une *saignée*, les accès n'en continuent pas moins. Alors on donne par cuillerées un verre d'eau sucrée, dans lequel on fait dissoudre *4 gr. d'hydrate de chloral*. A 11 heures du matin, les attaques n'ont pas cessé, elles sont même plus fortes et reviennent toutes les demi-heures. Au toucher, on trouve le col assez dilaté pour laisser passer le doigt. Alors on rompt les membranes, et on extrait lentement et difficilement les débris d'un fœtus mort depuis plusieurs jours, et qui commençait à se putréfier. Les convulsions redoublent, et la malade succombe sans nouvelle tentative.

OBSERVATION XI (2).

Accès éclamptiques survenus après l'accouchement. Aussitôt après la première attaque, *2 gr. de chloral*. Nouvelle attaque, *injection de 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine*. Guérison.

OBSERVATION XII (3).

40 ans. Convulsions répétées pendant sept heures après l'accouchement. Ces convulsions étaient d'une intensité extrême. Après des traitements variés et sans résultats, on applique successivement 2 suppositoires contenant chacun *2 gr. de chloral hydraté*.

OBSERVATION XIII (4).

Une femme en couche, atteinte de violents accès éclamptiques, et traitée inutilement par les moyens usités, est guérie par 3 suppositoires contenant chacun *2 gr. de chloral hydraté*.

OBSERVATION XIV (5).

Primipare, convulsions éclamptiques nerveuses après l'accouche-

---

(1) Fauny. *Loc. cit.*, p. 18.
(2) Starley. *American practitioner*, 1872.
(3) Whidborne. *Med. Times and Gazette*, 1871.
(4) Id.
(5) Maxvell. Charpentier, *loc. cit.*

ment. *Glace*, *sangsues*, *bromure de potassium*, etc. On donne 2 gr. de *chloral hydraté*, qu'on renouvelle peu de temps après.

Observation XV (1).

Quelques temps après son accouchement, une femme est prise de violents accès éclamptiques. On la traite alors d'abord par tous les moyens ordinaires, qui ne produisent aucun effet; on administre alors le *chloral*, et la guérison est obtenue.

Observation XVI (2).

24 ans, primipare, 10 accès pendant le travail. *Lavement salé*, *jalap*, *calomel*. Deux *saignées de* 500 *gr*. chacune. *Hydrate de chloral*, 4 gr. Accouchement naturel; mère morte.

Les six dernières observations que nous venons de résumer sont moins importantes que les précédentes : chez toutes, en effet, les accès sont survenus après l'accouchement, et, dans de telles conditions, on sait que la guérison est presque la règle. Elles ne sont cependant pas dénuées de toute valeur, puisque les traitements les plus variés avaient échoué, et que c'est seulement sous l'influence du chloral que les accès ont diminué; on ne peut donc pas dire que le chloral n'a pas agi, et nous devons les faire entrer dans notre historique, puisque dans plusieurs on pouvait craindre une issue funeste.

Il est facile déjà, par la lecture des observations précédentes, de se rendre compte de la rapidité d'action du chloral hydraté. Dans presque tous les cas, en effet, dès que le chloral est absorbé, c'est-à-dire de dix à quinze minutes après la première dose, on voit les malades éprouver un calme qui jusqu'alors leur était inconnu, même entre les accès, puis ceux-ci deviennent d'abord moins intenses et moins fréquents, et dès que la dose de chloral est suffisante, ils disparaissent complètement, le plus souvent pour ne plus revenir. Dans un certain nombre de cas, après avoir disparu pendant un temps assez long, on les voit se montrer de nouveau, mais il suffit alors d'une faible dose de chloral hydraté pour qu'ils cessent d'une manière définitive. Nous disions que ces faits portaient

(1) Baron von Seidewitz. Obst. Society of London, *The Lancet*, 1870.
(2) Tarnier. Charpentier, *loc. cit.*, p. 82.

Tableau des cas dans lesquels le chloral hydraté a été employé après ou en même temps que d'autres traitements.

Source.	Numéro.	Age	Accouchements antérieurs.	Nombre d'accès.	Traitements antérieurs.	Doses de chloral.	Résultats.	Voie d'administrat.
SERRÉ	1	22 ans	0	63	variés.	8 gr.	Guérison.	Bouche.
DOOKLES ..	2	28	0	14	variés.	6 à 8 gr.	Guérison.	Potion.
WHIDBORNE	3	40	6	nombreux	variés.	4 gr.	Guérison.	Supposit.
CAMPBELL.	4	28	0	nombreux	sangsues.	5 gr.	Guérison.	Potion.
LECACHEUR	5	18	0	nombreux	variés.	5 gr.	Guérison	Potion.
CHOUPPE..	6	22	0	4	saignée.	10 gr.	Guérison.	Potion.
DOWEL....	7	40	7	nombreux	variés.	9 gr.	Guérison.	Potion.
FURLEY...	8	18	0	12	variés.	8 gr.	Guérison.	Potion.
FOX.......	9	15 1/2	0	nombreux	variés.	6 gr.	Guérison.	Potion.
FAUNY	10	22	0	nombreux	saignée.	4 gr.	Mort.	Potion.
STARLEY ..	11	inconnu.	6	2	morphine	6 gr.	Guérison.	Potion.
WHIDBORNE	12	40	inconnu.	nombreux	variés.	4 gr.	Guérison.	supposit.
WHIDBORNE	13	inconnu.	inconnu.	nombreux	variés.	6 gr.	Guérison.	supposit.
MAXWELL..	14	inconnu.	inconnu.	nombreux	variés.	4 gr.	Guérison.	Potion.
SEIDEWITZ	15	inconnu.	inconnu.	nombreux	variés.	inconnu.	Guérison	Potion.
TARNIER..	16	21	0	10	variés.	4 gr.	Mort.	Potion.

en eux un enseignement réel, parce qu'ils nous montrent le chloral produisant la guérison alors que les autres traitements ont échoué; ils ne sont souvent pas aussi concluants que ceux où le chloral est employé seul, pour cette cause surtout que, dans une affection aussi grave et aussi effrayante que l'éclampsie, l'on n'attend pas, avant d'employer un nouveau moyen de traitement, qu'on soit absolument sûr que les médicaments antérieurement administrés ne produiront pas d'effet. Il en résulte que dans nombre de cas une part des bons effets obtenus peut être mise sur le compte des traitements antérieurs. Quoi qu'il en soit, nous le répétons, ces premières observations ont une valeur réelle.

Avant de passer au groupe suivant, qui contient les observations dans lesquelles le chloral a été employé seul pour combattre les accidents éclamptiques, quels que soient leur gravité et leur nombre, nous réunirons dans un tableau les observations précédentes, afin qu'on puisse se rendre compte de leur valeur par un coup d'œil d'ensemble. Voyez ce tableau à la page précédente. *(A suivre.)*

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE.

CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE OBSTÉTRICALE

Par le Dr Skene,
Professeur de clinique obstétricale à Long Island college hospital de Brooklyn.

La crâniotomie est comparativement une nécessité rare, et l'une des opérations les plus ennuyeuses et les plus difficiles de la chirurgie obstétricale ; aussi y a-t-il peu de chirurgiens, même parmi les plus exercés, qui aient pu acquérir une grande dextérité pour l'exécuter. En même temps, un retard inopportun ou une maladresse dans l'exécution, accroissent les dangers de l'opération, qui, supposé que tout aille au mieux, est toujours très-sérieuse.

Mes observations m'ont appris qu'en pratiquant l'opération

suivant les méthodes établies, il est impossible d'être sûr de ne pas blesser la mère, et par cela même d'augmenter les chances de mort. J'ai aussi reconnu qu'après la perforation et l'issue de la matière cérébrale, la crâniotomie ne pouvait être effectuée toujours par le forceps ou le céphalotribe, parce que, tandis qu'un diamètre de la tête est réduit par la compression, le diamètre opposé se trouve par cela même accru. Après de vaines tentatives, il est souvent nécessaire de réduire plus complètement la tête, en enlevant les os du crâne, soit entièrement, soit par fragments ; obtenir ce résultat sans blesser la mère est souvent impossible.

D'après cela, j'ai été conduit à adopter une modification basée sur un des principes fondamentaux de la chirurgie obstétricale, c'est-à-dire à pratiquer l'opération en me servant d'un spéculum de Sims. De cette façon, l'opérateur, guidé par le sens de la vue au lieu de l'être par celui du toucher, ne peut blesser le col utérin non plus que les parois vaginales.

Voici les détails de l'opération : la patiente est placée sur le côté gauche en semi-pronation, puis on introduit un spéculum de Sims d'un diamètre un peu considérable. La paroi antérieure du vagin et la lèvre antérieure du col utérin sont soulevées à l'aide d'un élévateur. Le crâne est alors ouvert au moyen d'un perforateur. Celui du professeur Thomas ou celui du D[r] Braun sont les meilleurs ; on doit faire une incision cruciale, et les coins des os doivent être brisés a l'aide d'un sécateur.

De la sorte on a un large trou pour l'écoulement rapide du cerveau, à l'aide d'une curette ou d'une éponge placée sur un manche. Les os de la tête sont alors séparés du cuir chevelu au moyen d'une sonde utérine, et chaque os est enlevé en introduisant une des branches d'une pince dans la cavité crânienne, et l'autre entre le cuir chevelu et l'os, et en pratiquant un mouvement de torsion sur le point où l'os est adhérent ; si l'espace est petit, chaque os doit être enlevé par fragments. En opérant de la sorte, le cuir chevelu protége la mère contre les blessures qui peuvent résulter du contact des bords tranchants des os. Quelquefois, lorsque les os sont imparfaitement ossifiés,

ils peuvent être enlevés plus facilement au moyen d'une pince ordinaire à extrémité arrondie.

Lorsque les os du crâne ont été enlevés, ce qui reste de la tête peut être enlevé au moyen d'un crochet mousse, ou bien d'un céphalotribe ou même d'un forceps ordinaire. Lorsque le pelvis est très-rétréci, toute la tête peut être enlevée comme il vient d'être dit.

Ayant trouvé ce procédé avantageux, je crois devoir le signaler aux accoucheurs, avec l'espoir qu'ils le trouveront commode. *(The american Journal of obstetrics and diseases of women and children*, may 1875. Traduit par le Dr A. Leblond.)

SOINS A DONNER A LA PREMIÈRE ENFANCE. (1)

La Société obstétricale de Londres vient de publier dans le volume XVI de ses *Transactions* une très-intéressante instruction pour indiquer les soins à donner aux enfants en bas âge.

Voici la traduction de ce document que notre confrère le Dr Mattei a transmis au *Journal d'Hygiène* en y ajoutant quelques notes personnelles.

Nettoyage. — La propreté de toutes les parties du corps de l'enfant étant d'une importance capitale, il convient de lui faire prendre un bain chaud matin et soir, en ayant soin de le nettoyer de la tête aux pieds avec une éponge ou une flanelle, et de le sécher promptement avec du linge doux et chaud.

Vers le troisième ou quatrième mois, on diminue graduellement la température du bain sans toutefois arriver à l'eau froide (2).

Habillement. — Le linge des enfants doit être souple, chaud, disposé de manière à ne pas gêner la liberté des membres. La pratique commune de laisser à découvert les épaules, les bras, les jambes est nuisible. Comme les nouveau-nés sont plus impressionnables au froid, ils doivent être chaudement couverts la nuit, à l'exception de la tête (3).

---

(1) Extrait du *Journal d'hygiène* du 15 novembre 1875.

(2) Il est préférable de se borner à des lavages journaliers, en réduisant les bains généraux à deux par semaine.

(3) Il faut les coucher dans des chemises de nuit ou toges longues de flanelle, de manière qu'ils ne puissent pas se découvrir dans les mouvements des jambes.

Ventilation. — Les chambres d'habitation doivent toujours avoir un air pur et frais, largement renouvelé (1).

Sommeil. — A moins de circonstances exceptionnelles (naissance avant terme, saison trop rigoureuse) on doit coucher l'enfant chaudement couvert dans un berceau ou dans un hamac (2).

Pendant les cinq premiers mois, même à l'état de santé, l'enfant dépense en sommeil la plus grande partie de son temps, et jusqu'à trois ans, quelques heures de sommeil au milieu du jour lui sont indispensables.

La régularité des heures de sommeil est aussi nécessaire que la régularité des heures de repas. Il faut proscrire d'une manière absolue les sirops calmants, les spiritueux, les drogues soporifiques.

Air extérieur. Exercice. — Pendant le beau temps on sortira l'enfant deux fois par jour; l'été il faudra éviter avec soin l'action des rayons solaires sur la tête.

Nourriture. — On ne saurait trop recommander de porter une grande attention à la nourriture, car de la négligence des bonnes règles diététiques, dépendent les maladies causes de l'énorme mortalité du premier âge.

Allaitement. — Conformément aux lois de la nature, il faut préconiser l'allaitement maternel, comme le plus efficace dans les cinq premiers mois. Le lait maternel des premiers jours agit comme léger laxatif. Dans les cas où la sécrétion lactée tarde à s'établir, on doit recourir à du lait de vache allongé avec parties égales d'eau chaude en sucrant le tout légèrement (3).

Pendant les six premières semaines, la mère présentera le sein à l'enfant régulièrement toutes les deux heures dans le jour, moins souvent dans la nuit. Du reste l'enfant prend facilement des habitudes régulières de nourriture. C'est une grande erreur nuisible à la fois à la santé de la mère et à celle de l'enfant, que de lui donner le sein toutes les fois qu'il crie, ou qu'il le réclame (4).

Nourriture de la mère et de la nourrice. — La femme qui allaite doit avoir une nourriture saine et abondante : elle peut boire modérément à ses repas de la bière (*porter* ou *ale*). L'alimentation trop copieuse

---

(1) Eviter avec précaution les courants d'air.

(2) A défaut de la chaleur de la mère, il faut recourir à la chaleur artificielle de boules d'eau chaude.

(3) On ne saurait trop recommander d'attendre deux ou trois jours pour donner le sein afin que le lait se forme bien. En allant trop vite, on fatigue l'enfant par des mouvements de succion inutiles, et l'on occasionne souvent aux seins de la mère de fâcheuses gerçures.

(4) Il faut compter cependant avec certaines dispositions constitutionnelles.

que réclament certaines nourrices mercenaires cause souvent de mauvaises digestions à l'enfant.

Lorsque la femme nourrice éprouve des étourdissements, des palpitations fréquentes, de l'oppression ou des sueurs nocturnes, il faut lui retirer son enfant.

Nourriture mixte. — Quand la mère n'a pas assez de lait, il faut ajouter d'autres aliments, surtout pendant la nuit. On donne alors la préférence au lait de bonne qualité, coupé avec 1/3 d'eau chaude. Cette manière de combiner ensemble le sein avec le biberon est préférable aux autres modes d'alimentation (biberon seul ou toute autre nourriture seule).

Sevrage. — Il doit toujours se faire par degrés et jamais subitement. En principe il faut suspendre l'allaitement au neuvième mois (1).

Dès que l'enfant commence à percer les dents, il a besoin de faire un ou deux repas par jour composés de bouillies clairettes (lait avec pain, ou biscuits appropriés; graduellement ces soupes seront épaissies (2).

Quand l'enfant a de 7 à 10 mois, on lui accorde, en proportion de sa force, un repas par jour (bouillon blanc) (3) : jus de viande hachée (4) ; jaunes d'œufs; œufs à la coque ; à un an et demi, le repas doit comprendre de la viande finement coupée ; toutefois le lait doit continuer à entrer pour une large portion dans son régime. Il faut se garder de donner aux enfants la nourriture des grandes personnes (viandes fortes, pommes de terre, mets succulents) sous peine de produire des troubles gastriques ou de la diarrhée.

Nourriture au biberon. — Si l'enfant doit être élevé au biberon, il faut retenir en principe que son alimentation doit se rapprocher autant que possible de la diète lactée que fournit la nature (du lait et uniquement du lait). Le lait d'ânesse ou de chèvre serait préférable ; mais du bon lait de vache est généralement suffisant. On fait un mélange de 2/3 de lait pur et frais avec 1/3 d'eau chaude légèrement sucrée en ajoutant de temps à autre une 1/2 cuillerée d'eau de chaux médicinale (5).

---

(1) Cette règle est trop absolue. Le terme moyen est un an.

(2) C'est ici que se retrouve l'utilité de la farine d'avoine d'Ecosse et de la farine lactée Nestlé.

(3) Fait avec viande de mouton et chair de poulet.

(4) Beef-tea obtenu avec de la viande de bœuf hachée, cuite longtemps et passée au tamis.

(5) Il est bon de proscrire l'eau de fleur d'oranger ; ainsi peu de sucre et pas d'eau aromatique. Ce qui donne au lait un goût plus agréable et le rend plus facile à digérer, c'est un petit brin de sel de cuisine que l'on

Le lait sera contenu dans un biberon en verre que l'on videra et rincera après chaque repas, de même qu'on rincera le tube et le bouchon. Dans l'intervalle le bout de peau sera plongé dans l'eau. La plus grande propreté est ici indispensable, pour empêcher le lait de tourner à l'aigre et de déranger l'enfant.

Les repas doivent se faire naturellement à des heures régulières. C'est une mauvaise habitude de donner le biberon au seul effet de tranquilliser l'enfant.

Dans ce mode d'allaitement, comme dans l'allaitement maternel, le lait coupé doit constituer le seul aliment jusqu'à l'apparition des premières dents. Petit à petit on passera aux bouillies et au jus de viande.

Si le lait coupé est mal supporté, il faudra consulter le médecin pour le remplacer. La plus grande partie de la mortalité chez les enfants nourris au biberon dérive de l'usage de l'*arrow-root* (1), fleur de farine, et d'autres fécules analogues qui ne contiennent pas assez de substances alibiles, et qui par conséquent ne peuvent être substituées au lait.

REVUE CLINIQUE

PÉRITONITE PURULENTE, CHRONIQUE, CONSÉCUTIVE A UNE PÉRITONITE PUERPÉRALE. — PONCTIONS CAPILLAIRES SUCCESSIVES. — GUÉRISON.

Par Victor Hanot
Interne des hôpitaux.

Dubois (Émilie), 33 ans, couturière. Entrée le 6 octobre 1873 à l'hôpital Cochin, service du Dr Bucquoy.

Cette femme avait toujours eu une bonne santé. Mariée depuis 4 ans, elle a eu deux enfants qui sont bien portants : elle accoucha pour la seconde fois au mois de mai 1873. L'accouchement fut facile : neuf jours après, elle fut prise de frissons violents, de vives douleurs abdominales, de vomissements ; l'abdomen était considérable-

---

jette dans le liquide, ou une petite cuillerée à café de sirop de chlorure de sodium.

(1) L'arrow-root se prépare aux Indes et aux Colonies, en râpant les rhyzomes de certaines variétés de marine, d'arum et de curcuma, ou les racines d'igname.

ment tuméfié. Pendant trois semaines environ, l'état fut des plus graves : la malade résista à cette complication. Toutefois, l'abdomen resta ballonné et douloureux. La malade avait repris un peu d'appétit et quelque force ; mais, comme le volume du ventre ne diminuait pas, comme la santé devenait chancelante, elle entra à l'hôpital le 6 octobre 1873.

L'abdomen est régulièrement tuméfié, le tégument ne présente point de développement anormal des veines sous-cutanées. Matité dans toute l'étendue de la paroi abdominale antérieure, dans les flancs et les fosses iliaques comme au-dessus de l'ombilic; les limites de cette matité ne varient point, quelle que soit la position que prenne la malade. A la palpation résistance élastique dans la région péri-ombilicale; sur les côtés, surtout dans la fosse iliaque gauche empâtement profond. Sensation vague du flot. Le toucher vaginal n'indique rien de particulier.

La pression sur l'abdomen ne détermine que très-peu de douleur. État général assez bon; peu d'amaigrissement; face pâle, légèrement terreuse. Appétit médiocre. Léger mouvement fébrile le soir. Rien à noter pour les poumons et le cœur. Vin de quinquina. Iodure de potassium.

4 novembre. L'état de la malade est le même.

M. Bucquoy se décide à ponctionner l'abdomen au moyen de l'appareil de M. Potain. Une ponction est pratiquée dans la fosse iliaque gauche et donne issue à 200 grammes d'un liquide incolore assez clair. Une seconde ponction pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite donne issue à cinq litres et demi d'un liquide séro-purulent. Ces deux liquides ont été analysés par le D[r] Byasson, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi qui a remis la note suivante.

Ces liquides ne portant aucune indication spéciale, seront désignés d'après les numéros d'ordre 1 et 2, le premier s'appliquant à celui de ces liquides qui était blanc, opalin, le second au liquide jaunâtre.

N° 1. Liquide blanc opalin, quantité 76 c. c. Poids spécifique à 13° 1011, réaction très-légèrement alcaline.

Substances tenues en dissolution pour 100 : 2 gr. 46. Ces substances sont :

1° Des traces non dosables d'albumine.

2° Une matière azotée décomposable par l'hypobromite de soude, dont la proportion ne dépasse pas quelques centigrammes : il est difficile, vu cette faible quantité, de spécifier cette substance.

3° Du chlorure de sodium dont la quantité est égale à 1.87 p. 100, et forme par conséquent la majeure partie des substances.

4° Du carbonate de soude dont la quantité est égale à environ 0,19.

5° Un sel acide organique en proportion appréciable de nature indéterminée.

6° Des traces de phosphate.

N° 2. Liquide jaunâtre, présentant une réaction franchement alcaline. Quelques flocons fibrineux flottent dans ce liquide.

Quantité contenue dans le flacon 75 c. c.

Poids spécifique à 13° 1028.

Substances tenues en dissolution pour 100, 6 gr. 49. Ces substances sont :

1° De l'albumine spéciale à ces exsudations, en quantité égale à 5 gr. 8 pour 100. Cette substance forme la presque totalité des matières dissoutes dans le liquide.

2° Du carbonate de soude.

3° Des traces de phosphates et de chlorure alcalins.

4° Des traces de matière azotée décomposable par l'hypobromite de soude.

Les deux liquides contenaient des leucocytes, mais en nombre beaucoup plus grand dans le liquide jaunâtre.

J'ajouterai que par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique au liquide opalin, celui-ci prenait une teinte jaunâtre semblable à celle du second liquide. Le liquide évacué, on sent que les anses intestinales sont soudées en une masse immobile, résistante, à surface irrégulière, présentant surtout dans les fosses iliaques, des noyaux d'induration, nulle trace de tumeur abdominale distincte.

8 novembre. Les deux ponctions ont été parfaitement supportées; c'est à peine si la pression sur l'abdomen détermine un peu de douleur. Le liquide ne s'est point reproduit, on cesse la compression qu'on exerçait au moyen de plusieurs alèzes pliées en quatre.

La température n'a pas atteint 38°.

16 novembre. Douleurs abdominales spontanées, inappétence ; langue saburrale; légers frissons. Température 38°.

22 novembre. Vomissements; face un peu grippée. Température 39°,8 P. 100. R. 33. Calomel et opium.

23. Température 39°,6. P. 100. R. 28. Pas de vomissements ni de frissons.

24. Température 39°,4. P. 100. R. 28. Un peu de mieux.

25. Dans la nuit du 24 au 25, frissons pendant 20 minutes avec claquements de dents; sueurs abondantes; diarrhée. Température 39°. P. 108. R. 28. Sulfate de quinine 1 gr.

26. Un peu de mieux. Température 38°,8. P. 96. R. 28. Sulf. de quinine.

27. Face grippée de nouveau, diarrhée. Température 37°,9. P. 104. R. 28.

28. Dans la nuit précédente, frissons Température 38°. P. 104. R. 24. Sulf. quinine.

29. Diarrhée, vomissements. L'épanchement abdominal ne s'est que peu reproduit. Température 38°,2. P. 96. R. 26.

30. Temp. 39°,2. P. 112. R. 32. Sulf. de quinine.

1er décembre. Un peu de mieux. Température 37°,6. P. 96. R. 32.

2. Température 37°,8. P. 96. R. 32.

Troisième ponction abdominale; elle est pratiquée dans le flanc gauche et donne issue à 500 gr. de liquide séro-purulent mêlé de flocons albumineux (?). Application sur l'abdomen d'alèzes pliées en quatre. Après cette ponction, amélioration considérable de l'état général.

9. Quatrième ponction dans le flanc gauche, elle donne issue à 300 gr. de pus. On continue la compression.

Plus de diarrhée ni de vomissements; la teinte terreuse de la face disparaît; l'appétit revient. Apyrexie.

10. L'abdomen diminue insensiblement plus de fluctuation nette. La palpation ne révèle sous la paroi qu'une masse résistante irrégulièrement indurée. Cinquième ponction dans le flanc gauche; issue de quelques cuillerées de pus. Compression. Apyrexie. Etat général satisfaisant.

29. Quelques vomissements.

7 janvier. L'abdomen a augmenté de volume. Etat général satisfaisant.

Sixième ponction dans le flanc gauche, donne issue à 150 gr. de pus épais. Une septième ponction est pratiquée dans la fosse illiaque droite qui depuis quelque temps s'est notablement développée; issue de 1500 gr. d'un liquide purulent moins épais que le précédent. Aucune complication. Pendant quelques temps compression avec des alèzes.

A partir de ce moment l'abdomen a été se rétractant de plus en plus. Au commencement de mars 1874 on n'y trouve plus la moindre trace de fluctuation : toute la paroi est tendue, rétractée, résistante plus ou moins selon les points.

L'état général de la malade s'est beaucoup amélioré. Plus de diarrhée, ni de vomissements, ni de douleurs abdominales. Plus de fièvre, l'appétit, l'embompoint, le coloris de la face ont reparu. Aucune complication pulmonaire.

Le 19 mars, la malade va au Vésinet. Elle revient de temps en temps à la consultation. L'amélioration continue. En octobre 1874, la santé s'est maintenue; l'état de l'abdomen est resté le même. Cette femme ne souffre qu'après les grandes fatigues, les longues marches. Constipation opiniâtre. Les règles ont reparu, mais peu abondantes.

Cette observation m'a paru intéressante à deux titres.

C'est d'abord un exemple bien rare de péritonite purulente

chronique généralisée, consécutive à une péritonite puerpérale. Les choses se sont passées à peu près comme dans le cas de pleurésie aiguë transformée en pleurésie purulente. On a vu que l'évolution clinique de cette péritonite purulente fut plutôt analogue à celle des abcès froids : peu ou point de fièvre, peu ou point de douleur ; état général assez bon.

Le traitement mérite, en second lieu, d'arrêter l'attention. M. Bucquoy a eu recours aux ponctions capillaires avec aspiration. Six ponctions ont été pratiquées, et en des points différents, à cause du cloisonnement de la poche purulente.

Après chaque ponction, l'abdomen était soumis à une compression suffisante pour favoriser la production d'adhérences entre les parois de la poche.

Le succès a été aussi complet que possible.

VICE DE CONFORMATION DU VAGIN. — HÉMATURIES SUPPLÉMENTAIRES. — NÉPHRITE. — MORT.

Par Félix Martinet,
interne des hôpitaux.

Kremer Marie, 19 ans, entrée à la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, salle Saint Augustin, n° 1, le 19 janvier 1875.

Cette jeune fille chétive, affaiblie, a eu, à l'âge de 3 ans, un mal de Pott, dont elle n'a guéri qu'avec une gibbosité dorsale très-prononcée et un affaiblissement de tout le thorax.

Elle s'était toujours bien portée quant il y a un an à peu près, on a remarqué, chez elle, les symptômes qui accompagnent d'ordinaire l'établissement de la menstruation ; bouffées de chaleur à la face, céphalalgies, épistaxis, douleurs vives à l'épigastre.

Les règles ne se montrant pas, la malade a été mise à la médication tonique, ferrugineux, vin de quinquina, etc... Ce traitement a été continué sans amener aucune amélioration, quand, il y a quelques jours à la suite d'un redoublement des symptômes généraux, on a constaté la présence d'une certaine quantité de sang dans les urines.

Ce phénomène existe encore le jour de l'entrée de la malade, mais diminuant petit à petit, il ne tarde pas à disparaître.

A l'examen des parties génitales, voici ce qne l'on observe : la partie supérieure de la vulve est normalement conformée, mais elle



se termine au-dessous de l'orifice uréthral par une sorte de commissure qui se continue de chaque côté avec les grandes lèvres et le périnée. Il n'y a pas trace de l'orifice vaginal; aucun signe sensible soit à la vue, soit au toucher ne permet de soupçonner l'existence de ce conduit, et le périnée est directement tendu d'un ischion à l'autre.

Par l'exploration de la région hypogastrique combinée avec le toucher rectal, M. Verneuil reconnaît la présence d'un corps assez volumineux, mobile, qui paraît n'être autre chose que l'utérus; il confirme du reste ce diagnostic, en introduisant dans la vessie, après dilatation de l'urèthre, l'auriculaire de la main gauche. Au-dessous de l'utérus la cloison recto-vésicale paraît excessivement mince, les deux doigts sont presque au contact l'un de l'autre.

On trouve cependant au-dessous du col un léger épaississement qui fait admettre à M. Verneuil l'existence de la partie supérieure du vagin.

On peut dès lors supposer, qu'il existe entre l'appareil utérin et la vessie, une communication quelconque qui permet le passage du sang et explique, du coup, le peu de volume relatif de l'utérus ainsi que les hématuries accusées par la malade.

Les douleurs à l'hypogastre sont toujours des plus vives, la malade s'affaiblit chaque jour, aussi M. Verneuil se décide-t-il à intervenir. Il se propose de décoller la cloison recto-vaginale et d'aller par ce chemin à la recherche, soit de l'ampoule vaginale, soit de l'utérus, pour ouvrir une voie directe aux produits de la menstruation.

Après avoir cloroformé la malade, M. Verneuil fait, au couteau galvanique, en avant de l'anus, une incision curviligne à concavité inférieure, rejointe en son milieu par une autre incision verticale portée à la commissure vulvaire.

Comme il achève ce temps de l'opération, nous voyons apparaître un orifice tapissé d'une muqueuse rosée, à plis transversaux; l'ouverture est agrandie, et nous montre un vagin parfaitement conformé, de dimensions normales, qui conduit directement le doigt sur le col utérin.

Il n'y a pas trace de sang ni de caillots dans le vagin!

Le col de l'utérus serait-il oblitéré.

M. Verneuil introduit un spéculum : le col est petit, mais parfaitement sain; l'hystéromètre s'engage jusqu'à une profondeur de 5 centimètres.

Le diagnostic primitif est ainsi bouleversé! Pourquoi n'y a-t-il pas de sang, ni de caillots dans le vagin?

L'utérus est sain, perméable, il communique librement avec le vagin? Pourquoi donc le sang prend-il une voie détournée?

Les douleurs hypogastriques n'étaient-elles point dues à la congestion ovarique? Les ovaires eux-mêmes existent-ils, ou bien l'utérus

n'a-t-il jamais fourni de sang et la malade a-t-elle eu simplement une menstruation supplémentaire?

10 février. La malade souffre de sa plaie, mais les anciennes douleurs ont cessé.

Le 11. Légère rougeur érysipélateuse autour de la plaie.

Le 22. L'érysipèle, après avoir successivement envahi tous les téguments du bassin, s'est porté du côté de la cuisse droite où il a disparu.

Le 23. Les douleurs vives que la malade ressentit autrefois, ont recommencé cette nuit. La malade est très-agitée; elle ne cesse de se plaindre.

Les mictions sont fréquentes et douloureuses; les urines laissent un abondant dépôt purulent, mais il n'y a point de sang. Douleur au niveau de la région rénale.

Le 26. L'état général est grave; il y a depuis quelques jours de la fièvre avec exacerbation le soir; la langue est sèche, la soif vive, et nous remarquons un état de stupeur tout particulier se rapprochant beaucoup de l'état typhique.

Le 29. Les douleurs rénales persistent, le même état général se maintient; les urines sont de plus en plus chargées d'albumine et de pus.

Les parents de la jeune fille, voyant sa maladie s'aggraver de plus en plus, exigent sa sortie de l'hôpital et la reconduisent chez eux, où elle n'a pas tardé à succomber.

C'est ainsi que nous n'avons pu ajouter à cette observation les résultats de l'autopsie qu'il eût été si intéressant de connaître.

Nous publions néanmoins ce fait, digne de remarque à notre avis, eu égard aux modifications successives qu'a dû forcément subir le diagnostic.

Au début, en effet, tous les symptômes ramenaient au premier diagnostic de M. Verneuil, la question du peu de volume de l'utérus disparaissant devant la cessation de l'hématurie, quelques jours après l'entrée de la malade, et l'hypothèse d'une communication utéro-vésicale.

On s'attendait à une opération difficile, laborieuse pour parvenir jusqu'à l'utérus, mais à peine la peau était-elle incisée, nous rencontrions un vagin parfaitement conformé, dont le plus minutieux examen n'avait pu faire soupçonner la présence.

Le vagin ne contenant pas de sang, et ne paraissant en avoir jamais contenu, on pensait, malgré soi, à une oblitération du col! Mais non, le col était perméable et l'utérus de dimensions normales.

On arrivait ainsi par élimination à penser que l'appareil utérin n'avait jamais fourni le sang et que la vessie ou le rein devaient seuls être mis en cause.

Dans les quinze ou vingt jours qui ont précédé sa sortie, la malade a présenté des signes évidents de néphrite. Mais cette néphrite était-elle d'ancienne date?

Etait-ce le rein qui avait fait les frais des hématuries, et qui, profondément altéré dans sa texture, n'attendait plus pour suppurer que les explorations dont l'appareil uro-génital a dû être le siége?

Ou bien le sang aurait-il été exhalé à la surface de la muqueuse vésicale, et le rein ne s'est-il enflammé que secondairement. C'est à la première de ces hypothèses que se rattache M. Verneuil.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Etudes pratiques sur l'urine normale des nouveau nés; application à la physiologie et à la clinique. Note de MM. Parrot et A. Robin, présentée par M. Bouley.

Un nouveau-né urine quatre fois plus qu'un adulte, par kilogramme de son poids.

Dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, l'urine peut donner un très-léger dépôt, formé de cristaux d'acide urique ou d'oxalalate de chaux ou d'urate de soude (urine du premier jour, alimentation insuffisante ou vicieuse, etc.). Les ferments végétaux paraissent s'y développer plus rapidement que dans l'urine des adultes.

Elle a une réaction neutre au papier de tournesol. L'acidité de l'urine indique le plus souvent un intervalle trop long entre les tétées, et, dans un certain nombre de cas, peut mettre sur la voie d'un état pathologique.

L'urine des nouveau-nés contient, en moyenne, par litre, 3 gr. 03 d'urée, soit 0 gr. 80 par kilogramme chez un enfant de 3,850 grammes; mais, dans les vingt-quatre heures, un nouveau-né de onze à trente jours rend environ 0 gr. 90 d'urée, soit 0 gr. 23 par kilogramme de son poids.

L'âge, le poids et la température influencent notablement la quantité d'urée. Lorsque les urines de deux enfants dont l'âge, le poids et la température diffèrent, présentent des quantités inégales d'urée, avant d'expliquer cette différence par un état pathologique, on devra s'assurer que l'excédant d'urée dépasse les limites que nous avons fixées pour les variations qui sont dues à ces causes.

Il existe un rapport constant entre la quantité d'urée, la couleur et la réaction de l'urine, de telle sorte que l'inspection de ces deux derniers caractères permet d'apprécier cliniquement la proportion d'urée.

Il existe normalement dans l'urine des nouveau-nés des traces d'acide urique, mais elles échappent à tout dosage : l'urine du premier jour en renferme davantage; elle ne contient pas de matières extractives chimiquement appréciables, mais elle renferme de l'acide hippurique et de l'allantoïne.

Dans aucune circonstance l'urine normale du nouveau-né ou du fœtus ne contient d'albumine; elle n'exerce aucune action réductrice sur la liqueur de Barreswil.

Le nouveau-né ingère, en vingt-quatre heure et par kilogramme de son poids, deux fois plus d'azote que l'adulte; il en rend six fois moins par l'urine, quoiqu'il fixe au moins autant d'oxygène; il brûle donc moins, tout en absorbant plus de combustible et au moins autant de comburant. Cet excès de l'assimilation sur la désassimilation, expérimentalement démontré, est en rapport avec l'augmentation journalière du poids, augmentation à laquelle doit aussi prendre part une partie de l'oxygène absorbé.

Quand l'urine d'un nouveau-né est modifiée dans l'un de ses caractères, au delà de limites que nous avons tracées, il faudra songer d'abord à une irrégularité dans l'alimentation, ensuite à un état morbide.

Dans quelques circonstances, l'étude des urines permet de préciser l'existence d'un état pathologique spécial ou d'un symptôme particulier (œdème des nouveau-nés, diarrhée, etc.).

Enfin cette étude permet quelquefois de prévoir l'apparition prochaine d'accidents déterminés, tels que l'œdème des nouveau-nés, l'athrepsie, etc. En effet, une lésion de la nutrition précède évidemment l'apparition des signes extérieurs de ces affections, et l'enfant est déjà malade alors qu'aucun symptôme ne révèle au dehors cet état de souffrance, dont les altérations de l'urine donnent la mesure. (*Séance du 3 janvier.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Nouveau céphalotribe. — M. Tarnier présente un nouveau *céphalo tribe* de son invention.

Tous les céphalotribes connus, dit M. Tarnier, ont l'inconvénient de lâcher prise. Celui qui glisse le moins est celui de M. Trélat, parce que les branches en sont très-élastiques et peuvent, en s'aplatissant sur la tête, y adhérer sur une grande hauteur. Je citerai encore

le céphalotribe de M. Bailly : ce dernier instrument, construit comme un forceps, saisit la tête sur une grande largeur, mais il l'écrase moins bien que les céphalotribes ordinaires, et il est plus volumineux, de sorte qu'il serait impossible de s'en servir dans un cas de rétrécissement considérable.

Aujourd'hui j'ai l'honneur de vous présenter un céphalotribe que j'ai fait fabriquer par M. Colin. Cet instrument a les dimensions et la forme d'un céphalotribe ordinaire avec la vis de pression de M. H. Blot; seulement les cuillers, au lieu d'être pleines, sont percées de trois fenêtres ovalaires placées de distance en distance. Entre les fenêtres se trouvent des traverses métalliques, légèrement concaves et étendues d'un bord à l'autre de la cuiller. Ces traverses font saillie sur le fond de la cuiller et elles sont assez étroites de haut en bas pour déprimer le cuir chevelu et en quelque sorte s'y incruster.

Fenêtres et traverses sont, sur chaque cuiller, placées à des hauteurs différentes.

La construction de ce céphalotribe est très-simple et les innovations qu'il réalise peuvent être ajoutées à tous les céphalotribes des anciens modèles.

Je pense que le céphalotribe que je vous présente aura l'avantage de ne jamais glisser. Les essais que j'ai faits à la Maternité me confirment dans cette opinion. (Séance du 15 décembre 1875, *Bull. de la Soc. de chir.*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Développement incomplet des organes génitaux de la femme. — M. DE SINETY, au nom de M. Siredey et au sien, communique le fait suivant : une femme de 22 ans entre à Lariboisière pour une affection hépatique, à laquelle elle a succombé.

Cette femme avait vu apparaître ses règles à 17 ans, et avait été mal réglée jusqu'à 25 ans. A cet âge, ses règles ont complètement cessé pendant dix mois et se sont rétablies jusqu'en février 1875, époque à laquelle elles ont de nouveau disparu, pour ne plus jamais reparaître. Cette femme offrait un aspect particulier, plutôt masculin que féminin. Son bassin n'avait ni les proportions ni les dimensions habituelles. Quoique mariée, elle n'avait jamais ressenti un appétit sexuel. Ses organes génitaux externes étaient normaux. Mais il n'en était pas de même de ses organes génitaux internes. L'utérus était extrêmement petit; les ovaires avaient à peine le tiers de leur volume

normal. L'examen histologique démontra que le tissu utérin était normal, mais que les glandes qui, à l'état normal, y sont si nombreuses, étaient au contraire très-petites et très-rares. Dans les ovaires, les ovules étaient également extrêmement rares ; il n'y en avait pas plus de sept ou huit dans les deux ovaires. Deux de ces ovules étaient contenus dans des vésicules de de Graaf, mais déjà malades. On trouvait également dans ces ovaires quelques traces de corps jaunes. Cette femme avait donc tous les attributs de son sexe, mais à un très-faible degré de développement, et il ne s'agissait là ni d'un état infantile, ni d'un état atrophique. Aurait-elle été en état d'être fécondée? M. de Sinety le croit, mais il pense qu'elle ne serait jamais arrivée au terme de la gestation. (*Séance du 15 janvier*).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES (suite) (1).

Suite de la discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre.

Traduction du Dr EDOUARD MARTIN

Si nous passons aux cas d'auto-infection, nous verrons qu'ils diffèrent presque autant dans leur origine que les précédents. Vous voyez par exemple, à la campagne, une femme éloignée de toute source d'infection. Un petit morceau du placenta est resté dans l'utérus ; il existe en ce point un caillot qui devient un élément d'infection. Le pus suit le trajet des veines et des lymphatiques, infecte le sang, et tout le système s'en ressent comme lorsque le poison provient du dehors. — Que vous appeliez cette infection pyohémie ou septicémie, les symptômes et la marche sont à peu près les mêmes. Dans ces cas, les accidents surviennent plus tard que lorsque le poison vient du dehors ; ils peuvent parfois être enrayés par des avages dans la cavité utérine, et en enlevant les causes d'infection. Une petite dose de poison peut, dans certains cas, causer très-rapidement la mort. D'autres femmes, au contraire, peuvent résister davantage; leurs organes excrétoires peuvent être dans de bonnes conditions, et expulsent, à une ou deux reprises, des quantités modérées de poison. Mais si l'infection se répète, elles finissent par succomber. Il en résulte que, si vous pouvez débarrasser l'utérus des produits septiques qu'il contient, vous pouvez arrêter la marche de l'affection. Ce principe dernièrement revenu en honneur, a été enseigné avec succès par Harvey qui, s'il n'avait pas été un des plus grands physiologistes

---

(1) Voir les nos d'octobre, de novembre et de décembre, p. 297, 366 et 457.

qui aient existé, aurait été un des plus grands accoucheurs du monde.

Ce mode d'infection est un des plus importants que nous ayons à examiner. Le Dr Wilson rapporte un cas dans lequel l'infection a été attribuée au contact par la peau. Je crois qu'elle peut être propagée aussi par la respiration; tous nous avons eu conscience d'avoir parfois absorbé des poisons en nous mettant en contact avec des malades empoisonnés. Je me rappelle qu'après un cas de céphalotripsie dans lequel le cerveau du fœtus était en putréfaction, mon haleine fut empestée pendant un ou deux jours. Dans un autre cas, je me rappelle avoir eu du frisson, de la diarrhée et l'haleine fétide deux ou trois jours après avoir senti l'odeur des selles d'un dysentérique. Un homme se promène portant avec lui les germes d'une affection contagieuse; les gens délicats avec lesquels il se trouve en contact l'attrapent; d'autres moins délicats, peuvent rejeter au dehors la faible dose de poison qu'ils ont absorbé, leur système étant prêt à l'expulser. S'il se trouve en contact avec une femme en couche, elle sera bien plus exposée que les autres à la contagion. Voilà tout le secret de la différence.

Un médecin qui a soigné un cas de scarlatine, se trouve dans la journée en rapport avec vingt ou trente malades, et il est bien possible que ce soit seulement une femme en couche qui prenne la scarlatine, non pas qu'il soit nécessairement resté plus longtemps auprès d'elle, mais parce qu'elle est plus susceptible que d'autres de ressentir les effets de la contagion. J'ai reçu ce matin une lettre du fils d'un ancien membre de la Société, le Dr V. West, qui appelle mon attention sur un ouvrage de son défunt père. Dans cet ouvrage, West donne un exemple frappant que je vais vous rappeler : Il alla délivrer une femme immédiatement après avoir vu un cas d'érysipèle; cette femme fut atteinte d'érysipèle le jour suivant; il alla ensuite chez une autre malade, mais ne l'examina pas; elle échappa à la contagion. Le jour suivant, il alla voir une autre accouchée qui en fut atteinte. Telle est l'histoire d'un grand nombre des épidémies qui surviennent dans les hôpitaux d'accouchement en Allemagne, où il semble que la fièvre puerpérale règne sur une grande échelle. Celles qui ont le bonheur d'être accouchées en dehors de l'hôpital échappent à la fièvre puerpérale; il n'y a que celles qui sont examinées fréquemment qui en sont atteintes. Ce fait a été observé bien des fois. Si le temps me le permettait, je vous raconterais l'histoire d'une série d'accidents survenus en peu de temps dans la pratique d'une sage-femme, tandis que, dans le voisinage, on n'en avait pas observé d'autre cas.

Je veux, en terminant, résumer ces conclusions en suivant les questions posées par M. Spencer Wells. Avez-vous jamais vu, dit-il,

un cas de fièvre puerpérale qui ne soit pas un cas de scarlatine, de rougeole, d'érysipèle ou de fièvre traumatique, causée par la déchirure ou la contusion des organes génitaux? D'abord, je ne crois pas que jamais la contusion ait causé la fièvre; s'il existe une plaie, tant petite qu'elle soit, et que le poison puisse pénétrer par cette voie, c'est une autre affaire. Quant à la question de savoir s'il existe une forme de fièvre puerpérale qui ne soit ni la scarlatine, ni aucune des affections indiquées par M. Spencer Wells, je répondrai pour ma part qu'elle existe, et je l'appelle fièvre excrétoire. L'albuminurie prédispose à la fièvre puerpérale; le sang est altéré, le foie, les reins ne peuvent plus sécréter d'une façon convenable, le poison se développe dans l'organisme, et s'y propage sans que des matériaux septiques soient introduits du dehors.

Telle est la vraie fièvre puerpérale qui vient du malade lui-même.

Maintenant, quant aux moyens destinés à empêcher l'affection de se propager, je pense que le seul est d'isoler les malades. Parfois cela est impossible en pratique. Quant à la question des bactéries, comme je ne l'ai point étudiée, je ferai mieux de ne pas en parler, mais je me permets, avec le Dr Richardson, de douter, et d'attendre que la doctrine soit bien démontrée par ceux qui s'en occupent.

Quant à la valeur des antiseptiques, je dirai que, pour ma part, je crois qu'il est bien difficile de préserver les hôpitaux de la fièvre puerpérale, plus difficile peut-être que de lutter contre l'infection purulente. Dans une maternité l'isolement, dans le vrai sens du mot, est impossible. Les mêmes gardes-malades soignent les unes et les autres. Diverses sortes de poisons peuvent avoir atteint une ou deux malades, et de là se propager aux autres. Le seul remède pour éviter la contagion, c'est de faire accoucher les femmes chez elles, où chacune d'elles ont leur garde qui ne s'est pas exposée à l'infection, et un médecin qui ne s'est pas exposé non plus. Dans ce cas, il y a toute espèce de chances pour que tout marche heureusement et favorablement; sans cela il n'existe pas de sécurité absolue. Une maternité est loin d'être aussi dangereuse qu'elle l'était anciennement. Cependant, les accouchées y sont comme sur un volcan qui, a chaque instant, peut faire éruption.

Dr Squirrr. — Je suis fâché que le temps ait forcé le Dr Barnes à écourter quelques-unes de ses observations. Je dois dire que, d'accord avec lui sur plusieurs points, j'ai été surpris de l'entendre appuyer les opinions du Dr Richardson sur l'état fébrile qui accompagne l'accouchement. En effet, dans le cours d'une longue pratique, je n'ai pas trouvé cet état fébrile dans les cas ordinaires.

Le sujet important qui nous occupe a été à juste raison divisé en deux parties pour la discussion. Je désire répondre en quelques

mots aux questions posées dans la première des deux parties et discuter avec plus de détails la seconde.

Je pense qu'il existe, après l'accouchement, une fièvre causée par un poison morbifique qui peut se communiquer par infection, et tandis que j'admets les nombreux cas de fièvre puerpérale liés à linfection, j'espère démontrer que l'on doit en distraire tous les cas d'affections aiguës spécifiques. C'est une grave erreur que de nier l'existence de la fièvre puerpérale, mais c'est aussi une erreur de danger sous ce nom toutes les maladies survenant après l'accouchement. Dans l'état puerpéral, tout accès de fièvre cause la suppression des lochies, l'arrêt de la sécrétion lactée, et d'autres symptômes communs; de telle sorte qu'il faut distinguer certains accidents fébriles, ceux qui résultent par exemple de la rétention d'une portion du placenta ou d'autres causes produisant la métrite ou la péritonite de l'affection qui nous occupe. Notre devoir, lorsque nous sommes en présence de pareils cas, n'est pas de les ranger sous le nom de fièvre puerpérale, mais de diagnostiquer leur nature. C'est alors que nous pouvons apporter un soulagement rapide et être sûrs de ne pas infecter les autres accouchées, tandis que, dans aucun cas de fièvre puerpérale, nous ne sommes à l'abri de la contagion.

La deuxième partie de la discussion comprend les rapports existant entre la fièvre puerpérale d'abord avec les affections spécifiques, et secondement avec la fièvre traumatique et la septicémie. Je préfère, comme on l'a fait au début, ranger l'érysipèle dans la deuxième catégorie, et j'admets les rapports existant entre le deuxième groupe d'affection et la fièvre puerpérale, tandis que je nie toute relation existant entre cette fièvre et les affections aiguës spécifiques; je vais plus loin et je crois qu'aucune variété de fièvre puerpérale ne doit être attribuée à des atteintes de fièvre infectieuse. Les comptes-rendus de notre Société abondent en matériaux sur ce sujet, et fournissent peut-être plus de preuves contre qu'en faveur de ce que j'avance.

A la dernière réunion, cette opinion semble avoir été généralement admise. Quelques-uns même ont considéré cette affection comme une forme particulière de scarlatine ou de typhus. Je suis d'un avis opposé et j'affirme que non-seulement la fièvre puerpérale n'est pas un typhus, une fièvre typhoïde, la petite vérole, la rougeole la diphthérie ou la scarlatine, mais même que ces affections sont très-peu modifiées par l'état puerpéral et gardent des caractères particuliers qui permettent de les distinguer. De plus, quoique la grossesse et la fièvre puerpérale modifient le pronostic de ces affections et que plusieurs d'entre elles déterminent l'avortement, les accidents puerpéraux ne sont pas toujours, en pareil cas, aussi graves qu'on pourrait le supposer. Prenons d'abord le typhus. Sur 1,000 typhus admis à *London Fever Hospital*, 16 étaient des cas de grossesse

avancée; l'avortement eut lieu, mais la majorité des femmes guérirent. Quoique la fièvre puerpérale ou l'infection purulente puissent survenir après l'avortement, même dans les premiers mois de la grossesse, rien, dans le typhus, ne paraît prédisposer à la fièvre puerpérale. Cependant j'ai contre moi une grande autorité. Sir Henry Marsh, dans le quatrième volume de Dublin Hospital Reports, dit que le vrai caractère de la fièvre puerpérale épidémique semble être le typhus. Son opinion s'appuie sur l'expérience du Dr Johnson, professeur d'accouchements au College of Surgeons d'Irlande, qui dit que les infirmières de l'hôpital d'accouchement de Dublin, prirent le typhus des malades reçues dans cet hôpital. Mais à cette époque, le typhus régnait à Dublin et cela montre que le typhus peut aussi se déclarer dans un hôpital d'accouchements. — Il y a vingt ans, la fièvre typhoïde régnait à Leeds, un de mes amis assistant à la salle d'accouchement de l'École de Médecine de cette ville, observa un cas de fièvre typhoïde chez une femme en couche. La fièvre, bien accusée, avait débuté avant l'accouchement et s'accompagna des rash et des taches rosées caractéristiques. La fièvre ne se communiqua à aucune des malades confiées à ses soins quoiqu'à la même époque, quelques cas de fièvre puerpérale existassent dans d'autres salles.

Il n'est pas douteux que la petite vérole ne soit modifiée par l'état puerpéral, j'ai vu un cas bien net cependant, dans lequel cette maladie n'a pas été la cause de fièvre puerpérale. Lorsque je vis la malade, qui était en travail, sa température était de 40,6, ce qui est bien différent de ce que l'on trouve dans le cas de travail normal, et je me demandais d'où pouvait provenir une pareille élévation de température. En la questionnant, j'appris qu'un jeune homme malade de la petite vérole habitait dans la même maison qu'elle. Elle accoucha dans la nuit. L'éruption de petite vérole parut le jour suivant; l'enfant fut vacciné de suite. La femme se remit facilement sans aucun symptôme de fièvre peurpérale. Si le poison de la petite vérole peut causer la fièvre puerpérale, c'était bien un cas cependant où le fait devait se produire.

Il est rare de trouver une femme en couche qui n'ait pas déjà été atteinte de rougeole. J'ai vu cependant une femme atteinte de rougeole garder son enfant dans son sein et accoucher à l'époque normale. Dernièrement, j'ai vu un cas où le poison devait certainement exister dans l'appartement, car l'enfant eut une éruption quinze jours après sa naissance sans que la mère s'en ressentît. C'est pourquoi je doute que la rougeole puisse déterminer et porter le germe de la fièvre puerpérale chez les femmes en couche. Voici un cas tiré des papiers de Sidney. Lady Sidney était atteinte de rougeole lorsque le troisième jour, souffrant du mal de gorge et couverte de boutons, elle accoucha. L'enfant était aussi couvert d'une éruption rubéolique

confluente surtout à la joue, cependant il se nourrit fort bien, et tous deux se rétablirent facilement.

Quant à la scarlatine, personne plus que moi ne la redoute, et je trouve que l'on doit mettre en usage tous les moyens possibles pour l'empêcher de se propager. Une fois je vis, dans la famille d'un médecin qui s'occupait beaucoup des moyens de prévenir cette affection, la scarlatine atteindre une petite fille dont la mère venait d'accoucher. Celle-ci ne fut nullement incommodée et ne présenta aucun symptôme de fièvre puerpérale. Jamais cependant elle n'avait eu la scarlatine antérieurement.

La diphthérie m'a donné dans un cas de vives appréhensions. Mais à ma surprise, de suite après l accouchement, l'exsudat, au lieu de s'étendre, diminua d'épaisseur, et une ulcération rebelle se cicatrisa. Cependant, en examinant ce que l'on a dit dans nos transactions sur un cas de diphthérie accompagnant l'accouchement, je vois qu'on l'a intitulé : *Fièvre puerpérale bénigne.*

Quant à l'érysipèle, le cas est tout différent. Le Dr Rigby a déjà noté que des enfants nés pendant une épidémie de fièvre puerpérale, furent atteints d'érysipèle. Je ne veux pas en conclure que la fièvre puerpérale et l'érysipèle sont un ; mais ce fait montre les relations existant entre ces deux affections, l'infection purulente et probablement le cancer. Je crois que ces affections ont de grands rapports avec la classe de maladies infectieuses que les recherches de Billroth et de Lister nous ont permis non-seulement de comprendre, mais même de combattre dans une certaine mesure.

Dr Braxton Hicks. Contrairement au Dr Squirre, je crois qu'on ne trouve pas fréquemment d'éruption accompagnant les cas de scarlatine survenant pendant l'état puerpéral. Mes observations semblent démontrer que, dans ces cas, plusieurs des principaux symptômes de la scarlatine font défaut.

Dr J. Brunton. Comme praticien, je crois qu'il est de la plus haute importance de savoir si le médecin peut transmettre l'infection d'un malade à une autre. Ce sujet intéresse surtout ceux qui, comme moi, ont à soigner en même temps des malades atteints d'affections contagieuses et des femmes en couche. Si les affections contagieuses ont le pouvoir d'engendrer la fièvre puerpérale aussi facilement que l'ont prétendu plusieurs des orateurs précédents, je dois dire que dans ma pratique je ne m'en suis pas aperçu.

Le premier accouchement que j'ai pratiqué, c'était chez une femme atteinte de petite vérole dans l'infirmerie royale de Glascow. La patiente, couverte d'une éruption confluente, avorta au sixième mois environ, elle guérit sans aucun symptôme de fièvre puerpérale. De plus, comme vous l'a dit le Dr Leishman, les étudiants de l'Université de Glascow ont l'habitude de disséquer et de soigner en même temps

des femmes en couche. J'ai fait de même, et cependant nous n'avons eu à déplorer aucun cas de fièvre puerpérale. Après mes études, je vins pratiquer à Londres et j'eus l'occasion de voir une femme en couche qui avait auprès d'elle ses deux enfants atteints de scarlatine. Cette femme guérit sans présenter aucun symptôme fébrile. Les praticiens ont l'habitude de faire des autopsies; dans certains cas de mort subite ils sont même obligés par la loi de les faire. Quant à moi, cela m'est arrivé fréquemment, ayant en même temps des femmes en couche; cependant, dans tout le cours de ma pratique, je n'ai pas eu un seul cas de fièvre puerpérale. Dans un cas de scarlatine, la malade eut pendant tout le cours de sa fièvre un écoulement purulent, fétide et abondant, elle finit cependant par se rétablir. Par conséquent mon expérience est négative, et je pense que si la scarlatine, le typhus, la rougeole et la petite vérole produisaient la fièvre puerpérale aussi facilement qu'on l'a prétendu, j'aurais observé dans ma pratique un certain nombre de cas d'infection, ce qui n'est pas. Voici une note que j'ai reçue il y a quelques jours du Dr Caskie. Je fus mandé, dit-il, il y a quelques jours, pour aller voir M. P... Je le trouvai couvert d'une éruption scarlatineuse, et à ses côtés sa femme, au lit et accouchée depuis trois jours. L'accouchement avait été normal. Le mari fut isolé et guérit. Son enfant échappa à la maladie, mais les enfants de la maîtresse de maison prirent la scarlatine, et deux d'entre eux moururent. Si la scarlatine était aussi contagieuse pour les accouchées qu'on l'a prétendu, Mme P... en aurait été atteinte.

Les Drs Barnes et Richardson ont insisté avec raison sur les conditions particulières dans lesquelles se trouve le sang des nouvelles accouchées et des femmes enceintes. Je regarde l'excès de fibrine et la diminution de corpuscules sanguins, la diminution des solides et l'excès d'albumine qu'elles présentent comme une condition nécessaire au moment de l'expulsion de l'œuf. L'excès de fibrine est une sauvegarde contre l'hémorrhagie, ce même excès facilite plus tard la production de la sécrétion lactée. On a fait aussi mention de la fièvre qui accompagnerait presque toujours l'accouchement. Depuis notre dernière réunion, j'ai fait des observations à ce sujet, et, comme je l'ai fait remarquer au Dr Richardson, je n'ai trouvé que dans un seul cas une augmentation notable de température; j'en excepte un second dans lequel la patiente ne voulut pas nourrir son enfant. Dans ce cas, le pouls est resté à 72°, mais la température s'est élevée à 40°6, les seins étaient durs et tendus.

La fièvre puerpérale me paraît donc être une auto-infection. L'affection débute dans l'utérus qui vient de laisser écouler une quantité plus ou moins grande de sang et se contracte incomplètement. Un caillot peut rester dans l'organe, se décomposer et fournir ainsi le poison. Je ne nie pas que le poison provenant des matières excrétées

dans ces conditions par les malades ne soit capable d'en infecter d'autres. En pareil cas, je regarde la malade comme étant dans les mêmes conditions qu'un amputé, et chacun sait qu'en cas de pyohémie à la suite d'une opération, on ne permet pas au panseur de soigner en même temps d'autres blessés. Le Dr Barnes pense que le poison peut être absorbé par ceux qui pansent les pyohémiques, puis porté par la respiration à d'autres blessés qui en seront atteints de la même façon. En entendant ces paroles, j'en concluais que si les affections contagieuses produisaient aussi facilement la fièvre puerpérale, et que si les médecins étaient des foyers d'infection en exhalant le poison, les juges d'aujourd'hui devraient regarder comme criminel tout homme qui soigne en même temps un cas de fièvre infectieuse et des femmes en couche. Les faits que j'ai observés contredisent heureusement cette assertion.

Dr Huntley (Jarrow). Mon expérience personnelle étant d'une nature assez particulière, je me permettrai d'émettre librement mon opinion. Je vais d'abord vous raconter les faits auxquels je fais allusion. Il y a dix ans environ, j'eus dans ma pratique une série de fièvres puerpérales. J'étais jeune alors et jamais je n'oublierai les tourments que ces cas me procurèrent. Dans l'espace de deux mois, j'eus dans ma pratique 14 cas de fièvre puerpérale dont cinq moururent. Toutes les accouchées que je soignais à cette époque ne furent pas atteintes de la maladie, deux ou trois y échappèrent. Je cessai alors de pratiquer, pensant que je n'étais pas étranger au développement et à la propagation de l'affection, car quoiqu'il y eût quatre autres praticiens dans le même district, aucun d'eux n'eut à déplorer de cas semblables. Mais de quelle manière pouvais-je propager l'affection ? Telle fut la question qui me préoccupa longtemps ? A la même époque existaient dans les environs plusieurs cas de petite vérole, mais aucune autre affection contagieuse. Je soignais aussi un cas de brûlure avec suppuration étendue, mais je ne le vis que pendant quelques jours, et je crois que l'on ne peut pas attribuer à cette source une infection durant deux mois entiers. Je ne puis croire qu'ayant changé de vêtement, fait de fréquentes ablutions, et pris toutes les précautions usitées en pareil cas, j'aie pu conserver aussi longtemps sur moi les germes d'infection.

Je pense donc que d'une façon ou d'une autre le germe de la maladie s'est reproduit et que le fait doit se présenter fréquemment dans des cas où l'on accuse à tort les vêtements de communiquer l'affection. J'ajoute qu'en lisant le compte rendu de la dernière séance, j'ai eu l'impression que l'on avait exprimé des opinions qui ne me paraissent pas exactes. Ces opinions ont déjà été combattues par les deux précédents orateurs ; je mentionnerai seulement l'opinion de ceux qui admettent que la scarlatine est une source très-fréquente

de fièvre puerpérale, opinion qui me paraît peu en rapport avec les faits. Jamais dans ma pratique je n'ai pu associer l'infection scarlatineuse avec la fièvre puerpérale.

Le 12 novembre dernier, j'ai eu à soigner deux cas de scarlatine chez des enfants ; leur mère prit la scarlatine et les symptômes de cette affection ne différèrent pas d'un iota de ceux que j'avais observés chez les enfants. Je pourrais rapporter deux ou trois cas semblables. Il en est de même de la petite vérole., J'ai vu deux ou trois cas de petite vérole chez des femmes en couche, mais toujours elles ont présenté l'éruption caractéristique

Dans les cas de scarlatine que j'ai mentionnés, les femmes n'eurent aucun symptôme de métrite, ni rien de semblable. Je pense que pour élucider ces questions il ne faut pas conclure d'un cas particulier ou général, mais prendre la généralité des faits. Je vois avec regret que les relevés du *Registre général* ne peuvent guère nous aider pour arriver à une base satisfaisante. En effet, ces relevés pour la fièvre puerpérale sont communs et s'étendent à tout un comté. Si ces relevés étaient donnés tous les quatre mois et par district, nous pourrions savoir si les épidémies de scarlatine coïncident en général avec la fièvre puerpérale.

Dr Brown. — Il y a six semaines environ j'accouchai une dame chez elle ; une scarlatine assez grave se déclara sur un enfant demeurant dans sa maison. Elle en fut très-inquiète, s'attendant à être prise de la même affection. Quinze jours après ses couches son enfant fut atteint de scarlatine, mais sans aucun symptôme grave. Dix jours plus tard enfin un autre enfant fut atteint gravement dans la même maison. La mère ne fut point atteinte de l'affection. Je pourrais citer encore plusieurs autres cas analogues, mais je me bornerai à dire que je soigne environ quatre accouchées en moyenne par semaine, et je ne crois pas avoir jamais communiqué la scarlatine à une seule malade.

Dr Swayne (Clifton). — Je crois que la lettre qui a été lue au début de cette séance est destinée à faire un grand bien, surtout pour contredire les assertions erronées du *Times*. Ces assertions ont causé une véritable panique et je vais en donner un exemple qui m'est personnel. Le 16 du mois de mars j'ai consenti à regret à aller voir un cas très-grave de fièvre puerpérale et cela sur les sollicitations du mari. Je ne vis la malade qu'une fois. Le mari d'une dame que je devais accoucher au commencement de juin le sut et me pria de me faire remplacer par un de mes confrères. Quant à la propagation de l'affection, je crois qu'elle se fait bien plus par la personne de l'accoucheur que par ses habits. Quelques accoucheurs ont plus que

d'autres. je le crois, le pouvoir d'absorber et d'exhaler ces poisons, et je pense que la peau et le contact ont bien plus d'influence que la respiration pour propager l'affection. Les hommes qui ont la peau humide, surtout celle des mains, me paraissent communiquer l'affection bien plus fréquemment que ceux qui ont les mains sèches, surtout lorsqu'ils ont à répéter fréquemment le toucher pendant le travail.

Pour prévenir le développement de la fièvre puerpérale, je ne pense pas qu'il soit nécessaire à un médecin de s'abstenir pendant plus de huit jours de la pratique des accouchements après un cas malheureux. Il fera bien aussi de ne plus porter les mêmes vêtements. Je crois n'avoir communiqué l'affection que dans un seul cas après avoir vu une scarlatine. Aussi, en règle générale, je refuse maintenant d'aller voir les malades atteintes de scarlatine, à moins bien entendu que ce ne soient des femmes en couche.

Il y a quelques années, je n'avais pas les mêmes scrupules, je soignais en même temps un enfant atteint de scarlatine et une femme en couche ; huit jours après son accouchement, elle fut prise de maux de gorge et de l'éruption caractéristique, mais guérit parfaitement sans présenter aucun symptôme de fièvre puerpérale. Cependant le cas le plus grave de scarlatine que j'aie jamais observé se présenta chez une dame qui, huit jours avant son accouchement, alla faire visite dans une maison où les enfants étaient atteints de scarlatine ; elle ne voulut pas entrer en étant effrayée, mais la mère des enfants sortit imprudemment de la chambre où ils se trouvaient pour donner de leurs nouvelles et vint causer dans la voiture où se trouvait cette jeune dame. La fièvre se déclara en même temps que le travail. Je l'accouchai à dix heures du soir, la face était déjà rouge. Le lendemain je trouvai qu'elle avait eu du délire et était couverte d'une éruption confluente et était atteinte de mal de gorge; elle mourut deux jours après ses couches.

De suite après avoir visité un cas de fièvre puerpérale, je rentre chez moi et avant de me coucher, je prends un bain chaud et me lave à l'acide phénique. Le jour suivant je prends un bain turc, ce qui est, je le crois, un bon moyen d'éliminer le poison et de se nettoyer à fond. Je pense qu'avec ces précautions et en ayant soin de changer de vêtements, il est difficile de communiquer l'infection d'une personne à une autre après avoir attendu quelques jours.

Dr Graily Hewitt. — L'opinion que je me suis faite au sujet de la fièvre puerpérale est que c'est avant tout un empoisonnement du sang. Il y a huit ans j'ai lu un mémoire à notre société où je formulais ainsi mon opinion sur la nature de la maladie. La fièvre puerpé-

rale consiste dans une injection dans tout le système circulatoire de matériaux nuisibles de nature animale; c'est une forme de pyémie que les plus minimes proportions de l'agent morbifique suffisent pour produire.

De bonne heure je fus impressionné par la lecture d'une leçon du regretté sir James Simpson d'Édimbourg, publiée en 1859, et dans laquelle il déclare hautement que la fièvre puerpérale est une forme de pyohémie. Ce que j'ai vu depuis cette époque ne fait que me confirmer dans cette opinion. Je ne crois pas à l'existence d'une fièvre d'une forme suffisamment définie et précise pour recevoir un nom particulier, comme le typhus, la fièvre typhoïde, la rougeole ou la scarlatine. Je ne vois rien dans la fièvre puerpérale qui ressemble à ces maladies, je pense que tous les faits cliniques s'opposent à ce rapprochement.

Je crois qu'il convient de séparer les cas de fièvre puerpérale en deux classes: les cas où évidemment un poison morbide a pénétré du dehors dans l'économie, et ceux où cette pénétration n'est pas aussi évidente. Il n'y a pas de doute que l'affection appelée fièvre puerpérale, ne se produise par contagion dans les cas malheureux où les médecins et les sages-femmes transmettent l'affection. J'appellerai tout d'abord votre attention sur cette première classe de cas. D'après tout ce que j'ai vu, j'ai l'impression que cette inoculation se fait dans un bon nombre de cas par la main; je crois que c'est sous les ongles et la peau du bourrelet unguéal que se logent ces produits malfaisants. Je ne dis pas qu'on ne les retrouve que là; la peau des doigts peut aussi leur servir de demeure. Vous savez tous qu'après une autopsie, il est souvent très-difficile de débarrasser entièrement ses mains de l'odeur de cadavre, de quelque façon qu'on se les nettoie. Je parle surtout d'il y a quelques années avant que l'on fît un aussi grand usage de l'acide phénique et des autres désinfectants. Il me semble difficile que les vêtements charrient aussi facilement l'infection. Sans doute si on laisse tremper les revers de son habit dans des matériaux en putréfaction et qu'on aille ensuite examiner une accouchée, il peut en résulter de graves accidents. Malgré tout, je pense que la main est le principal vecteur et je partage l'opinion des orateurs précédents, qui veulent que l'on soigne et surveille jusqu'à la plus petite minutie la propreté de ses mains, lorsque l'on s'occupe d'accouchements. Je crois que toute espèce de poison animal provenant du dehors peut produire ce que l'on appelle la pyémie puerpérale. Un étudiant, qui panse des cas de chirurgie et soigne des accouchées, peut être pour ces dernières une source d'infection. J'ai vu un praticien allant d'une fièvre puerpérale à une autre accouchée déterminer la même affection. Je ne vois pas de différences entre les maladies produites de ces deux

manières différentes, aucun caractère clinique ne les distingue. Un autre mode d'introduction du poison résulte du peu de précautions avec lesquelles on lave la malade et de la manière défectueuse dont ce lavage est pratiqué. Jamais on ne devrait laver le périnée peu après l'accouchement, je crois qu'il est bien préférable de se servir d'un linge sec et bien propre ou de ouate bien sèche. Cette manière de faire rend plus difficile l'introduction des débris provenant du dehors. Je crois que les déchirures du périnée facilitent l'introduction du poison. Je me rappelle avoir été appelé en consultation pour voir une dame qui était atteinte de fièvre puerpérale. On avait pris les plus grandes précautions pour la laisser dans le repos le plus absolu, couchée sur le dos, et on ne lui avait pas permis de se mouvoir pendant quelques jours après l'accouchement. Le périnée était un peu endommagé, l'écoulement purulent; il semble facile d'en conclure que le pus étant continuellement en contact avec les surfaces périnéales érodées, quelques parcelles ont pu être absorbées. Je crois que c'est toujours une pratique défectueuse de maintenir les femmes en couche trop longtemps dans le décubitus dorsal. Je crois qu'il y a avantage à leur permettre de se tourner de temps à autre de côté pour permettre aux matériaux putrides de s'échapper du vagin; non pas qu'ils produisent la pyémie dans tous les cas, mais de temps à autre, surtout lorsqu'ils sont absorbés au niveau de quelque déchirure du périnée. Voici pour la première catégorie de cas, voyons maintenant la seconde dans laquelle l'affection ne paraît pas dépendre de l'introduction de quelques matériaux putrides venant du dehors.

Cette classe correspond à la catégorie de cas appelés *autogénétiques*, par le Dr Barnes. En premier lieu, je ferai remarquer que la pyohémie se produit facilement chez les femmes, même celles qui ne sont pas dans l'état puerpéral, en pratiquant certaines manœuvres sur l'utérus. J'ai vu un cas de pyohémie aiguë produit par l'action d'une tente-éponge laissée trop longtemps sur le col, qui détermina de violents symptômes d'inflammation et la mort en peu de jours.

L'utérus est construit de façon à permettre aux moindres lésions de cet organe d'être un véritable danger pour la pyohémie. Les parois sont épaisses, ses vaisseaux très-larges communiquent librement entre eux. Je crois qu'il serait fort intéressant de montrer à la Société un morceau d'utérus sain immédiatement après la délivrance. L'utérus ressemble alors à une éponge avec ses interstices, ses espaces communiquant librement entre eux et ouverts dans la cavité utérine au moyen des vaisseaux qui se sont mis en rapport avec le placenta, ces ouvertures étant plus ou moins remplies de caillots. Après le travail, l'utérus se contracte, diminue de volume, tel est le principal phénomène qui appartient à la période qui suit l'accou-

chement. Je crois que pour se faire une opinion sur la manière dont se produit la fièvre puerpérale, il faut examiner avec soin cette fonction et voir de quelle façon elle peut être troublée. Il est un fait que j'ai vérifié bien des fois, et que je crois de la plus haute importance, c'est que, au début des accidents puerpéraux, l'utérus est volumineux et son évolution retardée. Jamais je n'ai vu de pyémie puerpérale au début sans constater en même temps cette augmentation de volume. Le premier trouble qui me paraît rendre compte des accidents consécutifs, c'est un défaut de contraction de l'utérus. L'expulsion des détritus contenus dans la cavité utérine cesse et l'utérus produit une sorte d'aspiration qui ramène ces détritus dans la circulation. C'est ainsi que je m'explique les cas où les poisons provenant de la scarlatine et d'autres fièvres infectieuses semblent causer la maladie. Ils diminuent la vitalité de la malade, diminuent la contraction utérine et produisent une paralysie plus ou moins complète de cet organe. Le reste devient alors facile à expliquer. Les matériaux putrides passent alors dans les sinus utérins, et il ne reste plus qu'à savoir si la malade survivra à cette infection ou sera emportée plus ou moins rapidement par elle.

M. Callender. Je me bornerai à parler ici comme chirurgien des affections septicémiques en général, qui, comme je le crois d'après mon expérience, peuvent être considérées à deux points de vue différents, au point de vue spéculatif et au point de vue des faits.

Je pense que c'est une pure hypothèse (quoiqu'elle semble presque admise de tout le monde) de considérer ces affections comme résultant de l'influence de quelque poison ou de matières septiques; c'est aussi une pure hypothèse que d'indiquer d'où vient le poison; que ce soient des germes qui se forment en dehors du corps de la malade ou dans son intérieur comme résultats de produits de composition, ou enfin qu'ils soient le produit et le résultat direct de l'inflammation. A un point de vue purement pratique, certains faits ont attiré mon attention. Le premier point à surveiller dans le traitement des malades à l'hôpital, c'est qu'il n'existe aucune souillure autour des plaies; elles doivent être parfaitement nettoyées; aussitôt qu'on aperçoit quelque chose qui n'est pas parfaitement propre, il faut l'enlever avec le plus grand soin. Les plaies doivent être aussi soigneusement préservées du contact d'autres blessures par les infirmiers et les panseurs. Toute possibilité de contagion par les éponges ou d'autres substances doit être évitée. Ce qui me conduit à vous dire que les blessés souffrent bien plus facilement le contact des matières en décomposition provenant de leurs blessures que celui des matériaux putrides provenant d'autres plaies. On a fréquemment noté la contamination d'un blessé par ses voisins. Il est bon dans ces cas d'isoler les malades autant que possible. Il est facile de le

faire en chirurgie où un malade atteint de plaie peut être placé à côté de malades qui ne présentent pas de plaie béante. Ensuite, il ne faut pas permettre aux matériaux qui s'écoulent des plaies de s'accumuler à leur contact; non-seulement le pus, mais aussi les liquides qui s'écoulent de la plaie pendant les premières heures doivent être soigneusement enlevés. Je ne connais rien de plus irritant que le liquide qui s'écoule d'une plaie de suite après une opération, lorsqu'on lui permet de s'accumuler et de séjourner sur cette plaie.

Ensuite, il faut éviter tout mouvement, le repos absolu de la plaie est nécessaire, afin de lui permettre de se cicatriser dès le début, et éviter la formation de nouvelles plaies par lesquelles des matériaux putrides peuvent s'introduire. C'est ainsi que j'ai presque complètement banni la pyohémie des salles de chirurgie confiées à mes soins. Il est facile de tirer de cela des déductions pratiques sur la manière de traiter les femmes en couche, sur l'état de repos et surtout de propreté absolue dans lequel elles doivent être maintenues; mais ces faits ne jettent pas une bien grande lumière sur les causes supposées de l'affection et la source d'où provient le poison, qu'il provienne de l'air ambiant, qu'il soit apporté par celui qui soigne les malades, qu'il provienne de la suppuration d'une blessure ou des produits directs de l'inflammation. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, en chirurgie, la septicémie peut être presque complètement évitée. Pour répondre à une des questions de M. Spencer Wells, je dirai que je crois pour ma part, que la pyohémie et la septicémie peuvent être produites directement. Si après avoir pratiqué une opération sur un malade dans de bonnes conditions, je laissais le malade privé de tous les moyens nécessaires pour faciliter sa guérison, ce serait une pure affaire de hasard, qu'il fût ou ne fût pas atteint de pyohémie. Je dis une affaire de chance dépendant beaucoup de la constitution du sujet qui peut être fort et robuste et résister au contact du poison, ou faible, et succomber à la plus légère atteinte. Avant de terminer, permettez-moi de vous dire que je crois à l'influence des antiseptiques et à leur utilité en chirurgie, et quoique je puisse différer de M. Lister, dans ma manière d'appliquer ce traitement, je suis parfaitement d'accord avec lui sur le principe. Ce que je désire montrer, c'est qu'il peut être obtenu plus simplement et sans entrer dans tous les détails et les minuties que M. Lister croit nécessaires.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Guide du médecin praticien et de la sage-femme pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, par le Dr E. Verrier (de Villers), préparateur du cours d'accouchements de M. le professeur Pajot, rédacteur en chef de la *Gazette obstétricale*(1).

Le livre que nous allons passer en revue est un manuel de 672 pages enrichi de 131 figures. L'auteur ne s'est pas proposé de donner une étude complète des diverses maladies, qui peuvent atteindre les organes génitaux de la femme, il a eu seulement en vue de donner un résumé succint du diagnostic et du traitement de ces maladies.

L'usage tolérant, dit l'auteur, aux sages-femmes la pratique des maladies des femmes, c'est à celles-ci surtout que s'adresse ce livre; il est bon d'ajouter cependant, qu'il est écrit, en même temps, pour les médecins praticiens, en vue de leur rappeler les principes de telle opération, les bases de tel traitement.

Le but que s'est proposé l'auteur nous semble cependant incomplètement rempli, nous pensons que pour les médecins, ce manuel est incomplet et que pour les sages-femmes, il renferme des détails que leur instruction médicale très-superficielle ne leur permet pas de saisir.

Bien que l'usage tolère aux sages-femmes la pratique des maladies des femmes, ce n'est pas une raison, ce nous semble, pour les encourager à persister dans cette voie que nous croyons mauvaise et dangereuse.

Les sages-femmes qui font leur instruction dans les hôpitaux spéciaux : la Maternité et l'hôpital des Cliniques, n'ont eu, ni le temps, ni l'occasion de se livrer à l'étude de la pathologie utérine. Est-ce dès lors, la lecture d'un manuel qui pourra leur permettre de connaître des maladies dont le diagnostic et le traitement sont entourés des plus grandes difficultés et qui embarassent si souvent les praticiens les plus expérimentés? Non assurément!

L'expérience du reste, nous montre que les sages-femmes sont loin de posséder les connaissances requises pour le traitement des affections utérines (il est quelques exceptions cependant), bien qu'elles jouissent parfois, dans le monde, d'une grande réputation qu'elles doivent à un système spécial de traitement qu'elles appliquent à peu

(1) Asselin, éditeur, Paris. 1876.

près indistinctement à toutes les femmes qui vont se confier à elles. Ces grandes réputations, que rien ne justifie, nous laissent revenir de temps à autre, quelques malheureuses dont l'état s'est considérablement aggravé, à la suite du traitement intempestif qu'elles ont suivi. De là, nous devons tirer cette conclusion que les sages-femmes n'étant point préparées par leurs études à la pratique des maladies utérines, il y a danger à leur dédier un manuel de gynécologie.

Cela dit, examinons comment l'auteur a divisé son livre. Le manuel comprend deux parties, une *médicale*, une *chirurgicale*, il contient en outre sous le nom de *prolégomènes*, l'étude anatomique et physiologique des organes génitaux internes, et les moyens d'exploration de ces organes au point de vue du diagnostic. Enfin dans un *appendice* il étudie la stérilité et les moyens d'y remédier.

Passons maintenant en revue les diverses parties du livre.

Prolégomènes. Cette partie ne nous arrêtera pas longtemps, disons seulement au point de vue de l'examen intra-utérin à l'aide de l'endoscope de Désormeaux, que ce mode d'exploration ne présente pas l'utilité que semble lui attribuer notre confrère. Lorsque la sonde est introduite dans le col, la muqueuse qui saigne si facilement laisse immédiatement s'écouler quelques gouttes de sang, qui viennent obstruer la lumière de l'instrument, et empêchent d'apercevoir la muqueuse utérine. Nous avons essayé ce moyen il y a quelques années dans le service de notre excellent maître M. Gallard, et il ne nous a jamais fourni de renseignements utiles.

Partie médicale. — Cette partie comprend l'étude : 1° des altérations de fonctions : *aménorrhée*, *dysménorrhée*, *métrorrhagie* ; 2° des maladies inflammatoires, *métrite*, *métropéritonite* ; 3° des maladies inflammatoires des annexes : *ovarite*, *vaginite*, *vulvite* ; 4° des changements de situation : *prolapsus*, *déviation* ; 5° des changements de forme : *flexions*.

Partie chirurgicale. — Elle embrasse l'étude des maladies organiques et des tumeurs diverses qui peuvent se développer dans les organes génitaux. C'es ainsi que l'auteur étudie successivement les *tumeurs fibreuses* et le *cancer* de l'utérus, les diverses *tumeurs de la mamelle*, les *kystes de l'ovaire*, l'*hypertrophie papillaire de l'urèthre* et les *tumeurs vasculaires de ce conduit*, les *tumeurs diverses du conduit vulvo-vaginal*, *et l'hématocèle pelvienne*.

Cette partie contient encore l'étude des *fistules vésico-vaginales*.

L'anatomie pathologique nous semble avoir été un peu négligée, disons même quelquefois passée sous silence, dans un grand nombre de chapitres; c'est pourtant un point des plus importants quand il s'agit d'un livre destiné avant tout au diagnostic. Nous ne pensons

pas qu'on puisse faire un traitement tant soit peu rationnel si l'on n'a pas pris soin, au préalable, de faire connaître l'altération que l'on a à combattre.

Prenons un exemple : La métrite chronique. Cette maladie comprend trois périodes, à chacune desquelles correspondent des lésions anatomiques très-différentes. Chacune de ces périodes réclamant dès lors un traitement variable et même opposé, il nous semble qu'il eût été bon d'indiquer le traitement correspondant à chacune de ces périodes, au lieu de décrire, comme l'a fait l'auteur, les divers agents employés dans la métrite chronique, sans dire à quelle période ils doivent être administrés et en vue de quelles indications,

Terminons en disant que, malgré ces quelques lacunes, le manuel contient cependant des renseignements très-utiles pour le praticien.

Notre distingué confrère, dont nous connaissons toute la valeur, voudra bien nous excuser de ces critiques, peut-être un peu sévères, mais que nous ne craignons pas de lui adresser, sachant bien qu'il pouvait faire mieux. Ce manuel qui nous paraît avoir été écrit un peu à la hâte, une fois complété, dans une seconde édition, pourra être consulté avec fruit par le praticien qu'une clientèle nombreuse éloigne de la lecture des livres un peu volumineux.

A. Leblond.

Notes sur la fièvre puerpérale, suivies de quelques remarques sur la statistique des accouchées, par Henry M. Madge.

L'auteur croit d'après son expérience personnelle qu'il est bon de conserver le nom de *fièvre puerpérale*, non pas pour les troubles légers et les fièvres éphémères qui peuvent survenir après l'accouchement, mais pour des affections graves, souvent mortelles, transmises par infection ou contagion. Il pense que c'est surtout en rappelant une série de cas ou même quelques cas isolés que l'on peut faire avancer l'histoire de cette maladie. Aussi veut-il donner les résultats d'une pratique de vingt-deux ans pendant lesquels il a observé 3,000 accouchements. Pendant les cinq premières années de sa pratique tous les cas se terminèrent heureusement ; au bout de ce temps-là, il aida un de ses amis dans un cas de présentation du siége ; l'enfant était mort et décomposé, et malgré l'usage des désinfectants un peu d'odeur imprégna pendant quelques jours ses mains ; aussi jugea-t-il à propos de cesser de pratiquer pendant ce temps-là.

1° Trois semaines après il accoucha une femme de 26 ans de son second enfant Tout alla bien jusqu'au quatrième jour où elle fut prise de violentes douleurs abdominales et de délire ; elle mourut le

cinquième jour sans qu'aucun traitement ait semblé produire aucun amendement. Les Drs Newton et Bailey qui virent la malade avec lui déclarèrent que c'était un cas de fièvre puerpérale. Effrayé de ce cas malheureux il cessa pendant cinq semaines toute pratique et se rendit à la campagne. A son retour, la première personne qu'il accoucha fut atteinte d'une forme grave de phlegmatia dolens dont elle finit par guérir. Deux autres accouchées furent à peu près en même temps prises de la même affection, mais d'une forme plus légère.

Pendant les douze ans qui suivirent, il pratiqua près de 2,000 accouchements et eut l'occasion d'observer à peu près toutes les complications mécaniques ou autres, mais pas un seul cas de ce qu'il appelle la fièvre puerpérale. Il observa un cas de scarlatine dans lequel l'éruption se montra le jour après l'accouchement; la malade guérit sans complication, mais son enfant âgé de 4 jours présenta aussi les symptômes de la scarlatine et mourut le dixième jour. En 1861, il eut aussi l'occasion de montrer à une réunion de la Société obstétricale deux fœtus (jumeaux) couverts de pustules varioliques. La mère avait eu la petite vérole avant son accouchement et se rétablit sans aucun accident. Ces cas prouvent que les fièvres éruptives gardent souvent leur caractère normal, malgré l'état de puerpéralité.

2° En octobre 1835 l'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de ce qu'on appelle la *pyohémie puerpérale*. La malade, âgée de 30 ans, primipare, accoucha facilement et tout marcha bien jusqu'au huitième jour, malgré une légère déchirure du périnée. Ce jour-là elle fit un écart de régime qui la rendit fort malade. Les nausées, les vomissements, persistèrent pendant plusieurs jours; le périnée devint douloureux, la déchirure prit un mauvais aspect. Faiblesse et prostration sans fièvre bien marquée. Deux jours après survint un frisson intense, suivi le lendemain d'un abcès à la face interne de la jambe gauche; cet abcès fut suivi d'une série d'autres sur diverses parties du corps. Les frissons se répétèrent et s'accompagnèrent d'une fièvre de peu de durée; l'appétit n'était pas complètement perdu; pas de symptômes de péritonite, ni de délire. La malade fut continuellement obligée de garder le lit; au bout de deux mois, elle commençait à reprendre un peu de force lorsqu'elle fut atteinte d'une broncho-pneumonie à forme grave qui l'enleva en peu de jours.

L'auteur considère ce fait comme un exemple de *pyohémie puerpérale* et le distingue de la fièvre puerpérale infectieuse.

3° En janvier 1870, le Dr Madge accoucha à Holloway une dame âgée de 30 ans; c'était son quatrième enfant, elle avait toujours joui jusqu'alors d'une santé parfaite et s'était facilement rétablie après ses trois premières couches. Elle habitait une villa isolée dans une position excellente. Le cinquième jour après ses couches, elle fut prise d'un malaise général et de perte d'appétit, sans frissons, ni fiè-

vre, ni douleurs de ventre ; le jour suivant survinrent un peu de fièvre, de la céphalalgie, des nausées, du dégoût pour la nourriture et des douleurs à la pression sur l'abdomen. Le septième jour tous ces symptômes s'aggravèrent et furent accompagnés de délire, de tympanite, de prostration, de diminution des lochies et d'arrêt dans la secrétion lactée. Les Drs West et Newton virent la malade dont l'état continua à empirer de jour en jour et qui mourut le 10e jour. On crut avoir affaire à un cas de fièvre puerpérale, quoique la cause de l'infection fût impossible à découvrir.

4o et 5o. L'auteur eut à la même époque l'occasion de soigner encore deux femmes en couche. La première, âgée de 32 ans, accoucha facilement de son cinquième enfant ; au bout de quelques jours, les lochies devinrent odorantes ; la secrétion lactée diminua, puis survint une péritonite assez intense ; au palper les intestins réunis entre eux formaient une masse appliquée contre la paroi abdominale. Ce cas se compliqua encore d'une pneumonie à forme grave accompagnée de délire, d'émission involontaire des fèces et des urines et d'eschare au sacrum. Pendant près de quinze jours la malade resta entre la vie et la mort et ne prit qu'un peu de champagne glacé. Un matin, au lieu de trouver la malade avec une langue sèche, noire, parcheminée, et dans un état de demi-stupeur, il trouve la langue humide et les idées plus nettes. A partir de ce jour, le mieux commença et le rétablissement fut complet. Deux fois même depuis lors, elle est accouchée sans aucun accident, ce qui prouve bien qu'une péritonite grave n'est pas toujours une cause de stérilité.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 28 ans accouchée de son second enfant. L'enfant était né et le placenta extrait, lorsque arrive le Dr Madge, qui ne fit qu'appliquer un bandage à la malade ; le quatrième jour après ses couches, elle fut prise d'un grand frisson et présenta à peu près les mêmes symptômes que dans le cas précédent, sauf la pneumonie, les selles involontaires et les eschares au sacrum.

A propos de ces cinq cas, l'auteur passe ensuite à quelques remarques générales sur la nature et l'origine de la fièvre puerpérale.

Ce qui frappe le plus, c'est que, malgré une grande diversité de causes et d'origine, à une période confirmée l'affection présente toujours la même physionomie qui l'a fait considérer comme une fièvre d'une nature particulière, possédant un poison spécial et capable de se propager indéfiniment parmi les nouvelles accouchées. Il cherche ensuite à donner à chacun des cinq cas qu'il vient de rappeler l'appellation qui lui convient.

1er cas. — Il croit qu'il s'agit d'un empoisonnement du sang et probablement d'un cas sporadique ou autogénétique, quoiqu'il soit possible à la rigueur qu'il ait transmis lui-même l'affection. Quoique

la péritonite fût intense, la prompte apparition du délire montre qu'il existait quelque chose de plus qu'une simple péritonite dans laquelle le délire n'apparaît en général qu'à la période ultime. Un état typhoïde marqué existait dès le début. L'auteur ne se croit pas le droit de décider d'après les symptômes s'il s'agit d'un cas de septicémie ou de fièvre puerpérale ; en effet, dans certains cas d'empoisonnement par des matériaux septiques ou lorsqu'on introduit expérimentalement dans les veines ou le péritoine d'un animal des matières septiques, on retrouve à peu près des symptômes analogues.

2e cas. — L'auteur le qualifie du nom de *pyohémie puerpérale*. On retrouve dans ce cas tous les caractères de la pyoémie, il répond à la définition ancienne ainsi conçue : *pus dans le sang*, *abcès multiples*, et présente peu d'analogie avec les autres auxquels le terme de pyohémie ne conviendrait nullement.

3e cas. Douteux quant à son origine sporadique ou autogénétique ; provient peut-être d'une décomposition de caillots dans l'utérus, quoique l'écoulement lochial ne présentât pas beaucoup d'odeur. Peut-être a-t-on affaire à un cas de septicémie si fréquent au dire de M. Hutchinson ; peut-être à une fièvre puerpérale provenant de quelque cause ignorée.

Les cas nos 4 et 5 ont suivi de si près le précédent que l'auteur les regarde comme identiques dans leurs causes et leur origine. Dans le cinquième cependant il n'a pas même touché la malade, en sorte qu'il est impossible d'admettre l'inoculation directe ; le poison s'est probablement propagé par l'air comme dans les fièvres éruptives. Dans ces deux derniers cas il n'existait ni érysipèle, ni scarlatine, ni aucun symptôme de pyohémie ou de septicémie ; par conséquent, l'auteur pense qu'on ne peut pas leur donner d'autre nom que celui de *fièvre puerpérale*.

Cette fièvre présente deux traits caractéristiques : la péritonite et le délire ; et l'on est, en somme, à peu près aussi avancé sur son compte que sur les autres espèces de fièvres.

Il pense que les termes de *pyohémie puerpérale*, de *septicémie puerpérale* et de *fièvre puerpérale* sont nécessaires tous les trois et désignent des formes différentes d'affections puerpérales.

Quant à la fréquence de la fièvre puerpérale et des troubles qui accompagnent l'état de puerpéralité, l'auteur croit qu'elle a été exagérée. Or, en réalité, 99 fois sur 100 et même, pour quelques auteurs, 999 fois sur 1.000, tout marche bien. Les modifications que subit le sang pendant l'accouchement tendent plutôt à garantir l'accouchée qu'à faciliter la production de la maladie. On n'est pas fixé non plus sur le pouvoir absorbant de l'utérus, sur le rôle des veines et des lymphatiques qui devraient, d'après les expérimentateurs, posséder un pouvoir absorbant bien plus considérable que l'expérience cli-

nique ne l'indique. D'après certaines statistiques, la mortalité des accouchées par la fièvre puerpérale est de 1 sur 100; si ces statistiques sont basées sur des données officielles, l'auteur pense qu'il y a eu quelque erreur dans la manière de réunir ou d'interpréter les faits. Il pense qu'on a compris aussi dans cette proportion les autres causes de mortalité. Quant à lui, sur 3,000 accouchées, il n'a eu que 8 morts à déplorer et plusieurs de ses collègues ont une proportion encore plus favorable.

Il pense que la Société obstétricale devrait chercher à savoir quelle est la proportion exacte des décès chez les accouchées. Les praticiens peu soigneux et les sages-femmes inexpérimentées doivent augmenter cette proportion. Malgré l'utilité des ablutions et des désinfectants, il croit qu'il est imprudent, lorsqu'on a affaire à un cas de fièvre puerpérale, de soigner en même temps d'autres accouchées et qu'il faut cesser de pratiquer pendant quelques semaines. (*The Obstetrical Journal*, septembre 1875, p. 377.) Dr Ed. Martin.

Note sur un cas d'absence congénitale du péritoine, se terminant par une obstruction intestinale simulant une tumeur de l'abdomen, par le Dr Lawson Tait, chirurgien de l'hôpital de Birmingham, etc.— L'auteur a déjà publié, dans le *Dublin Quarterly Journal of Medical Science* de février 1869, un mémoire sur quelques anomalies curieuses des séreuses, y compris un cas de développement incomplet du péritoine, qu'il va rappeler en quelques mots, avant de donner l'observation en question. — A l'autopsie d'un homme mort de purpura, on fut fort étonné de l'apparence que présentaient les intestins, qui ressemblaient aux circonvolutions cérébrales recouvertes de l'arachnoïde. Le péritoine, parfaitement sain, sans trace de produits inflammatoires à sa surface, passait d'une circonvolution intestinale à l'autre, en adhérant seulement à un tiers de leur circonférence. Pas trace de mésentère ni de grand épiploon. La face supérieure et le bord postérieur du foie n'étaient nullement en relation avec le péritoine, mais adhéraient au diaphragme par du tissu conjonctif. La cavité péritonéale, fort limitée, contenait à peine le volume d'une orange. A la partie postérieure de l'abdomen, le péritoine était en rapport avec la tête du pancréas, sur une étendue d'un centimètre au plus, et sur un espace encore moins considérable avec le duodénum. Un tiers seulement de la face postérieure de l'estomac était recouvert par la séreuse. De la face antérieure de l'estomac, elle se dirigeait directement vers la partie antérieure du côlon transverse et, de là, sur les circonvolutions de l'intestin grêle, qu'elle quittait à 9 centimètres environ au-dessus du bord de la vessie, pour gagner la paroi abdominale. Pas d'épiploon gastro-splénique. La rate, les reins et les uretères, le cæcum, les cô-

lons ascendants et descendants, n'étaient nullement en connexion avec le péritoine.

Les testicules étaient tous deux descendus dans le scrotum et présentaient, comme d'habitude, une tunique vaginale.

Voici maintenant l'observation du même genre, recueillie par le Dr Tait :

Le 21 janvier 1875, il fut appelé auprès d'une demoiselle de 25 ans, en consultation avec deux confrères, qui lui fournirent les renseignements suivants. Pour la première fois, le 3 janvier de la même année, on sentit dans l'abdomen de cette malade une tumeur du volume du poing, occupant l'hypochondre gauche et une partie de la région lombaire. On pouvait circonscrire la tumeur et passer la main au-dessous d'elle sans déterminer de douleur. La malade disait avoir été constipée à plusieurs reprises : un drastique ne détermina qu'une évacuation peu abondante, et, la semaine suivante, les vomissements et la constipation reparurent. Quelques jours plus tard, on passa par le rectum le tube d'O'Beirn et, à la suite de lavements de gruau, on réussit à déterminer l'évacuation de quelques cybales. La semaine suivante, l'opération fut répétée plusieurs fois, sans aucun résultat. On trouva une petite tumeur implantée assez haut dans le rectum, et l'on se demanda si le tube avait passé au-dessus d'elle. Quelques troubles cérébraux sans fièvre.

Le 21. La malade était abattue et répondait avec hésitation. Temp. normale ; pouls 100. Elle se plaignait de vomissements et de maux de tête. Il soupçonna que la tumeur du rectum pouvait avoir quelque influence sur l'obstruction, et regarda la tumeur abdominale comme une collection de pus. Après avoir endormi la malade, il se persuada que la tumeur qui faisait saillie du côté du rectum était un petit kyste de l'ovaire qui ne jouait aucun rôle dans l'obstruction intestinale située, sans aucun doute, plus haut.

Une quantité considérable de liquide injecté dans le rectum dépassa cet obstacle et ne ramena qu'une quantité peu considérable de fèces. La tumeur abdominale, du volume d'une petite orange, paraissait légèrement fluctuante ; elle était peu mobile et mate à la percussion.

La malade mourut le 24 janvier. A l'*autopsie*, on trouva l'estomac et une anse d'intestin grêle adhérant intimement à la paroi antérieure de l'abdomen. Pas trace de cavité abdominale ni de péritoine. Les circonvolutions intestinales, réunies entre elles, présentaient exactement l'apparence de circonvolutions cérébrales; elles étaient faciles à isoler et unies entre elles par du tissu cellulaire semblable à celui qui sépare les muscles. Le bord inférieur de l'estomac était en rapport avec les vaisseaux gastro-épiploïques, présentant leur disposition habituelle, mais sans trace de grand épiploon. La rate et le foie étaient unis aux tissus environnants par le même tissu conjonctif. La tumeur

de la région lombaire à gauche était constituée par un certain nombre d'anses intestinales réunies entre elles par un tissu conjonctif lâche. Dans la portion de l'intestin comprise dans la tumeur, existaient de nombreux noyaux formés de matières fécales durcies, sans doute la cause immédiate de l'obstruction. Il n'existait en aucun point ni étranglement, ni invagination, ni rétrécissement.

Dans le bassin, l'utérus était le seul organe que l'on pût reconnaître facilement, et cela grâce à l'existence d'une tumeur fibreuse, que l'on avait prise pour une tumeur ovarienne. Les replis du péritoine, limitant les divers organes dans la cavité du petit bassin, faisaient entièrement défaut.

Pas trace de séreuse enveloppant l'utérus; seulement, sur la partie antérieure du fond de l'organe, existait un petit sac qui paraissait avoir été ouvert au moment où l'on avait enlevé ces organes du petit bassin. De chaque côté de l'utérus, existaient deux petites masses constituées par les ovaires entourés d'une épaisse couche de tissu conjonctif. A la coupe, on trouva dans l'ovaire gauche les vestiges d'un follicule de de Graaf. La trompe du côté droit suivait une direction normale, mais allait se perdre dans une masse de tissu conjonctif, sans que l'on pût découvrir de trace du pavillon. A gauche, la trompe était rudimentaire. Entre les deux ovaires, derrière l'utérus, on trouva huit kystes de dimension variable; le plus gros, du volume d'une noix, était rempli d'une matière caséeuse. Au microscope, ce tissu était formé en majeure partie de cellules rondes et régulières, présentant la même apparence que celles qui bordent la cavité du follicule de de Graaf. Quelques globules graisseux, quelques cristaux de cholestérine s'y voyaient aussi : un examen attentif fit aussi découvrir la présence de quelques cheveux. L'intérieur du kyste présentait aussi une apparence de tissu dermoïde. La même matière remplissait trois autres kystes de dimension moindre; les quatre autres étaient remplis d'une sérosité claire : tous étaient en rapport avec la partie interne de l'ovaire gauche. Les plus petits lui adhéraient intimement et paraissaient être de simples dilatations des follicules qui n'avaient pu se rompre. La malade avait été régulièrement menstruée pendant quatorze ans. Les œufs, arrivés à maturité, ou se détruisaient sans rupture de follicules, ou étaient chassés dans le tissu lâche environnant l'ovaire, et destinés à périr; un d'entre eux paraissait cependant s'être développé en partie, avoir conservé un certain degré de vitalité, et s'être transformé en kyste dermoïde. L'autopsie fut incomplète, comme cela arrive souvent dans la pratique privée. Le cerveau était normal. On ne fit pas l'examen de la poitrine.

Dans les deux cas, l'arrêt de développement du péritoine a dû remonter à une période reculée de la vie embryonnaire, et se produire plutôt dans le second que dans le premier cas. Malgré l'absence de

revêtement séreux, les organes abdominaux présentaient leur disposition et leur structure normales. (*The Obstetrical Journal*, octobre 1875.)

Dr Ed. Martin.

Sur un cas de rétrécissement transversal du bassin, par le Dr Comelli. — Un cas observé à la Maternité de Trieste a paru intéressant au Dr C. : 1° par sa rareté (il n'y en aurait que sept observati onsdans la science) ; 2° parce qu'il était accompagné de déformations et de complications différentes de celles observées dans les autres cas ; 3° par ce que l'accouchement eut lieu par les voies naturelles, après céphalotomie préalable, et que la malade est la seule qui ait survécu.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, sans antécédents héréditaires, bien portante jusqu'à l'âge de 8 ans. A cet âge, elle eut au sacrum deux abcès qui suppurèrent pendant un an ; il lui vint ensuite d'autres abcès en diverses régions du corps et notamment au niveau des deux articulations coxo-fémorales, aux jambes, aux bras, etc.; séjour au lit pendant trois ans; elle commença ensuite par se mouvoir, mais resta encore assise pendant un an ; pendant trois ans elle marcha avec deux bâtons; depuis douze ans elle marche avec un seul bâton qu'elle manœuvre avec les deux mains. Depuis le début de cette maladie, les deux cuisses sont immobiles par suite d'ankylose complète. Menstruation régulière depuis l'âge de 17 ans. Grossesse normale à terme.

Après vingt-quatre heures de douleurs infructueuses, elle est envoyée à l'hôpital, où l'on note à son entrée l'état suivant : Le tronc est très-incurvé en avant, les fémurs sont demi-fléchis par suite de la double ankylose complète au niveau des articulations coxo-fémorales; cicatrices adhérentes à l'os. La malade, pour marcher, outre la nécessité d'un bâton, doit incliner le bassin en avant et rejeter le tronc en arrière; impossibilité absolue d'écarter les cuisses, les mouvements de la marche se passent dans les articulations des genoux ; le coït dut être pratiqué *a posteriori*.

La tête étant engagée depuis quinze heures, on chercha quel pouvait être l'obstacle et l'examen extérieur montra qu'il s'agissait d'un énorme rétrécissement transversal, tel qu'au toucher il fut très-difficile d'introduire transversalement deux doigts entre les tubérosités sciatiques et qu'on ne pouvait songer à l'introduction de la main. L'examen externe du ventre montrait le bassin fortement incliné, le fond de l'utérus à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, le ventre en bissac ; plus de pulsations fœtales, etc. On suppose une première position.—L'examen interne montre vers la moitié du canal pelvien une tumeur demi-dure, etc., qui est la tête.—La mensuration interne,

avec le pelvimètre de Baudelocque, donne les chiffres suivants : Distance des 2 épines iliaques antérieures supérieures = 20 cent. 5 ; des deux crêtes iliaques = 23 cent. 5 ; des 2 trochanters = 27 cent. 5 ; *conjugata externa* = 20 cent. 5. — Le diagnostic de rétrécissement transversal est hors de doute.

Il fallait extraire le fœtus; le forceps était inutile, dangereux et même impossible. La femme étant mise sur le flanc droit, on pratique à grand'peine, à cause de la direction vicieuse du détroit inférieur et de l'ankylose des cuisses, la perforation du crâne et l'évacuation du cerveau. Des tractions prolongées parviennent ensuite à extraire la tête, puis le tronc d'un fœtus à terme, mais petit (2,815 gr.). Le placenta sort de lui-même. — Suite de couches normales malgré la durée du travail et l'opération. La malade quitte l'hôpital au bout de 15 jours. Un nouvel examen fait avant son départ confirme les premiers résultats en les complétant. Le bassin est considérablement incliné, les deux os iliaques moins courbés et plus perpendiculaires qu'à l'état normal, le sacrum, très-étroit, n'a pas sa forme pyramidale habituelle, les épines iliaques postérieures sont très-rapprochées, les iliums et les branches horizontales du pubis sont de forme plane et ces dernières sont projetées en avant en manière de bec. Le bassin reste cependant symétrique dans son anomalie. L'examen interne montre que le rétrécissement est surtout prononcé au niveau du détroit inférieur.

Ce vice de conformation ne pouvait être confondu ni avec celui que produit l'ostéomalacie, ni avec celui de la cyphose, ni enfin avec celui de l'étroitesse absolue. La cause pathologique de cette anomalie dans les cas connus jusqu'à présent fut toujours le défaut de développement des ailes du sacrum combiné avec la synostose des symphyses sacro-iliaques. On retrouvait cette cause, dans le cas en question, compliquée en outre de l'ankylose de deux articulations coxo-fémorales. Quant à la genèse de cette déformation, les opinions diffèrent. Elle n'était dans le cas présent ni congénitale ni contemporaine des premiers temps de la vie, et ne prit naissance évidemment que dans la longue affection articulaire chronique qui immobilisa la malade de sa huitième à sa treizième année. Il est donc probable que la soudure des symphyses sacro-iliaques qui se produisit alors a empêché le développement régulier des ailes du sacrum et que, combinée avec la double ankylose coxo-fémorale, elle a occasionné le rétrécissement du bassin.

Le pronostic était favorable dans ce cas, parce que le rétrécissement du détroit supérieur était moindre que dans les autres cas semblables dans cinq desquels il fallut recourir à l'opération césarienne (*Annali univers. di medicina e chirurgica*, juillet 1875.)

VIAULT.

Les tubercules de Montgomery comme signes de grossesse. Le Dr Vedeler nous fournit à ce sujet une statistique intéressante. Il a examiné les seins de femmes à diverses époques de la vie. Il examina tout d'abord les seins de 20 femmes, de 11 à 16 ans. Dans 12 cas où les seins n'étaient pas développés il ne trouva pas de traces de tubercules. Dans le cas où les seins commençaient à se développer il trouva une légère élévation de ceux-ci. Dans 2 cas où les seins étaient assez bien développés, il trouva de 3 à 8 papilles, ayant le volume d'une tête d'épingle. Surpris de ce phénomène et pensant que le développement des papilles pouvait être le résultat de quelque irritation ayant excité l'activité du sein, il examina 60 femmes qui n'avaient jamais conçu. Sur ce nombre, 55 n'étaient point mariées, 44 avaient des tubercules développés et 7 n'en avaient pas, chez 3 ils avaient 1 ligne à 1 ligne 1/2 de hauteur et étaient aussi larges que chez des femmes ayant conçu; l'une d'elles, une femme de 53 ans qui avait cessé d'être menstruée depuis longtemps, avait des tubercules modérément développés.

Chez 4 femmes mariées, entre 22 et 24 ans, mais qui n'avaient jamais conçu, il y avait chez toutes des papilles. Une femme mariée de 53 ans qui avait cessé d'être menstruée n'avait pas de papilles, mais les seins étaient atrophiés.

Ainsi, ces 60 cas donnent pour cent une proportion de 13 cas où il n'y avait pas de papilles.

Sur 334 femmes enceintes les papilles manquèrent 26 fois ou environ 8 pour cent. Sur 56 femmes qui avaient eu des enfants, mais qui n'étaient pas devenues enceintes depuis longtemps, les résultats de l'observation sont les suivants :

Chez toutes, excepté chez 3 ou 5 primipares qui étaient accouchées depuis un an, les tubercules existaient et étaient d'un volume variable.

Sur 27 primipares et multipares qui étaient encore menstruées et dont l'accouchement remontait entre 1 an et 20 ans, il n'y en avait que 4 qui fussent dépourvues de papilles, et chez deux d'entre elles, les seins étaient atrophiés.

Sur les 14 dernières qui avaient cessé d'être menstruées et qui varient comme âge entre 50 et 70 ans et dont le dernier accouchement remontait à 15 ou 35 ans, 11 avaient des papilles et 3 n'en avaient pas.

De ces observations le Dr Vedeler conclut que les tubercules de Montgomery n'ont par eux-mêmes aucune valeur comme signe de grossesse, puisqu'ils se rencontrent chez les filles menstruées comme chez celles qui ne le sont pas, et chez les femmes mariées (stériles ou même arrivées à la décrépitude de l'âge). Ils ne peuvent d'après lui, avoir aucune valeur diagnostique, puisque des tubercules ayant existé peuvent s'hypertrophier ou apparaître lorsqu'il n'en existait pas pré-

cédemment. Ils peuvent disparaître entièrement, mais on ne sait au juste sous qu'elle influence. (*Norsk. mag. f. Laeg.* 9, 1875 et *New-York med. Record*, 15 janv. 1876.)

VARIETÉS.

Prurit vulvaire. Emploi de l'hydrate de chloral en applications topiques. — Le Dr Gellé rapporte dans la *Tribune médicale* qu'il a employé avec succès l'hydrate de chloral en applications topiques dans un cas de prurit intense de la vulve et qu'il a vu disparaître rapidement cette maladie si désagréable.

Il eut recours à une solution de 10 grammes de chloral dans 1000 grammes d'eau, pour faire des lavages plusieurs fois par jour.

De plus un tampon d'ouate trempé dans cette solution était interposé entre les lèvres.

Sous l'influence de ce traitement, les démangeaisons d'abord moindres ont cessé complètement au bout de quinze jours.

Curieuse croyance au sujet des impressions maternelles. — Un journal anglais le *Field* rapporte au sujet des nouvelles lois norwégiennes sur la chasse l'anecdote suivante : Un chasseur revenant de *Trouhjem* porteur d'un lièvre, rencontra une personne qui lui fit observer qu'il devait couper au plus vite le nez de cet animal.

Le chasseur demandant pour qu'elle raison il fallait ainsi mutiler le lièvre, il lui fut répondu qu'il devait le faire s'il voulait éviter une amende. Car suivant une croyance accréditée dans le pays une femme enceinte qui verrait cet animal non dépourvu de nez mettrait au monde un enfant atteint de bec de lièvre. Or, la loi protége le nouveau-né. *New-York medical Record*, 3 juillet 1875.

Création d'une chaire de Gynécologie à l'Ecole de médecine de Marseille. — Un décret en date du 28 janvier 1876, inséré au *Journal officiel*, du 29 janvier, vient d'instituer une chaire de Gynécologie à l'Ecole de médecine de plein exercice de Marseille.

Au moment où l'on s'inquiète, à juste titre, d'introduire d'importantes modifications dans l'enseignement de la médecine et au moment où la création de chaires de spécialité est devenue d'une absolue

nécessité, il n'est pas sans intérêt de constater l'initiative que prend, dans la circonstance, l'Ecole de médecine de Marseille.

La chaire d'accouchements de nos Facultés comprend l'enseignement de la Gynécologie et des maladies des enfants, malheureusement cet enseignement est resté jusqu'à présent lettre morte.

M. le professeur Chauffard, dans un excellent rapport publié il y a quelques mois, s'était parfaitement aperçu de cette lacune, aussi avait-il proposé de créer une chaire spéciale de maladies des enfants. Une chaire de maladies des enfants est, certes, d'une utilité incontestable, mais une chaire de maladies des femmes nous semblait non moins nécessaire, malheureusement le rapport de M. Chauffard n'en fait nulle mention et c'est là un oubli que nous déplorons sincèrement.

Parmi les diverses branches de la médecine, il n'en est pas une qui puisse revendiquer des organes de publicité plus importants et des cours libres plus nombreux. Ces publications spéciales, sont très-lues, et les cours ont de nombreux auditeurs. La science gynécologique est très-avancée à l'étranger. Aux Etats-Unis, en Angleterre, en Allemagne il existe dans toutes les universités des chaires de Gynécologie. Des travaux importants sont publiés dans les recueils étrangers; travaux que nous connaissons à peine. Pourquoi donc nous laisser devancer dans cette branche de la médecine, quand il serait si facile de créer un enseignement spécial qui viendrait combler cette lacune.

L'Ecole de Médecine de Marseille aura donc sa chaire de gynécologie, mais sera-ce une chaire de clinique? Nous le souhaitons vivement. Les livres suffisent amplement pour la théorie, et la pratique ne peut s'apprendre qu'au lit des malades.

L'Ecole de médecine de Marseille a l'honneur d'avoir eu l'initiative de fonder en France la première chaire de Gynécologie. La Faculté de médecine de Paris suivra-t-elle cet exemple? H. D.

Suppression du bureau municipal des nourrices. — Dans quelques mois, nous verrons disparaître, dit la *Liberté*, le Bureau municipal des nourrices. Ce Bureau des nourrices, installé autrefois rue Sainte-Appoline, et depuis quelque temps transféré rue des Tournelles, est d'une origine fort ancienne. Il fut réorganisé par un édit de Louis XIV. Son but était de servir d'intermédiaire entre les nourrices et les parents. Les nourrices qui s'adressaient au Bureau de la Ville avaient le privilége de faire décerner la contrainte par corps contre les parents débiteurs envers ces dernières. Un décret impérial, en 1806, réorganisa ce service et fit notamment percevoir les mois de nourrices d'après un rôle rendu exécutoire par les préfets des départements, comme les contributions directes. Une loi du 10 janvier 1849 a placé ce service dans les attri-

butions de la direction de l'Assistance publique. Ce rouage est tellement compliqué, que le Bureau municipal des nourrices est en pleine décadence.

M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, dans un mémoire qu'il vient d'adresser au Conseil municipal, en demande formellement la suppression. « Toute autre institution, dit-il, serait préférable; car la clientèle bourgeoise a complètement déserté le Bureau, et bien que l'Assistance publique ait dépensé 500,000 francs l'année dernière pour ce chef, la mortalité varie toujours entre 12 et 45 p. 100 des enfants assistés. » Il est probable que l'on remplacera le système actuel par des allocations mensuelles en argent qui seront données aux mères qui voudraient nourrir leurs enfants, et à celles qui, ne pouvant les nourrir, se mettraient elles-mêmes en quête d'une nourrice de leur choix.

C'est, à notre avis, ce qu'il y aurait de mieux à faire, car les statistiques jointes au rapport de M. de Nervaux sont tellement désolantes, que la suppression du Bureau municipal des nourrices doit être considérée comme une réforme d'urgence.

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Pinard, chef de clinique d'accouchements à l'hopital des Cliniques, a reçu une somme de 1,500 à titre de *récompense* pour sa thèse inaugurale : *Des vices de conformation du bassin étudiés au point de. vue de la forme et des diamètres.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Nymphomanie guérie par l'excision du clitoris, par SULLIVAN (*American supplement to the Obstetrical Journal*, décembre 1875, p. 137).

Paralysie pendant la grossesse, par M. PALLEN (*Id.*, août 1875).

Tumeur périnéale chez un fœtus mettant obstacle à l'accouchement, par STEDMAN (*Id.*, août 1875).

Sur un nouveau crochet décollateur articulé, par VERARDINI (*Annales de la Société méd. chir. de Liège*, août-septembre 1875, p. 306).

Deux cas de rétroversion utérine survenue pendant la grossesse, par GROLLEMUND (de Saint-Dié) (*Revue méd. de l'Est*, 15 juin 1875, p. 397).

Dystocie par suite de cancer utérin ; présentation de l'épaule avec prolapsus du bras; décollation fœtale; mort de la femme, par HYERNAUX (*Annales de la Société méd.-chir. de Liège*, août-septembre 1875, p. 304.

Cas de vomissements incoercibles pendant la grossesse, par FITZMAURICE (*Dublin Journal*, octobre 1875, p. 379.

Polype utérin; ablation par écrasement linéaire; métro-péritonite; mort, par POUSSON (*Bordeaux médical*, 1875, p. 3).

Cas d'inversion de l'utérus opérée par la méthode de White, par COXE (*New-York medical record*, 18 décembre 1875, p. 837).

Fièvre puerpérale (lettre du Dr SHERMAN au Dr FORDYCE BARKER (*Id.*, 11 décembre 1875, p. 829).

Note sur la dysménorrhée pseudo-membraneuse traitée par les eaux de La Motte, par GUBIAN (*Lyon méd.*, 1875, n. 22, p. 164).

Syphilis communiquée à une nourrice par son nourrisson et par la nourrice à son mari; demande de dommages-intérêts; condamnation de la famille du nourrisson (*Journal des sages-femmes*, 1er novembre 1875).

Réflexions à propos de deux cas d'éclampsie infantile, par LARDIER (*Gazette obstétricale de Paris*, 1875, p, 337).

Carcinômes développés dans deux myômes attenant à l'utérus et faisant saillie dans la cavité péritonéale; carcinôme de la capsule surrénale gauche, par BOISSIER et CORNIL (*Progrès méd.*, 1875, p. 697).

Eléphantiasis du clitoris; amputation galvano-caustique, par BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*. 1er décembre 1875).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

De l'influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sur la phthisie pulmonaire, et réciproquement, par E. ORTEGA, thèse de Paris, 1876.

Erratum. — Numéro de janvier, page 54, ligne 36, au lieu de : L'idée me vint d'*accoucher* l'enfant par le périnée avec l'index, etc., lisez : L'idée me vint d'ACCROCHER l'enfant par le périnée, etc.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU
TRAITEMENT DE LA MÉTRITE INTERNE

Par T. Gallard.
Médecin de l'hôpital de la Pitié (1).

Je ne veux m'occuper en ce moment que du *traitement* de cette variété de l'inflammation de l'utérus qui affecte plus spécialement la muqueuse de la cavité du corps de la matrice, et qui, pour cette raison, doit être désignée sous le nom de métrite *interne* ou *muqueuse*, bien plutôt que sous celui de métrite *hémorrhagique*, qui lui a été assigné par certains pathologistes; mais, même en me restreignant à cette partie très-limitée du sujet, qui concerne la thérapeutique, je ne puis me faire suffisamment comprendre qu'à la condition de rappeler, le plus brièvement possible, quelles sont les principales altérations anatomiques qui caractérisent cette maladie.

(1) Extrait d'une leçon faite à l'hôpital de la Pitié en 1875.

Lorsque l'on a l'occasion d'examiner l'utérus d'une femme qui a été affectée de métrite interne, ce qui du reste est assez rare,

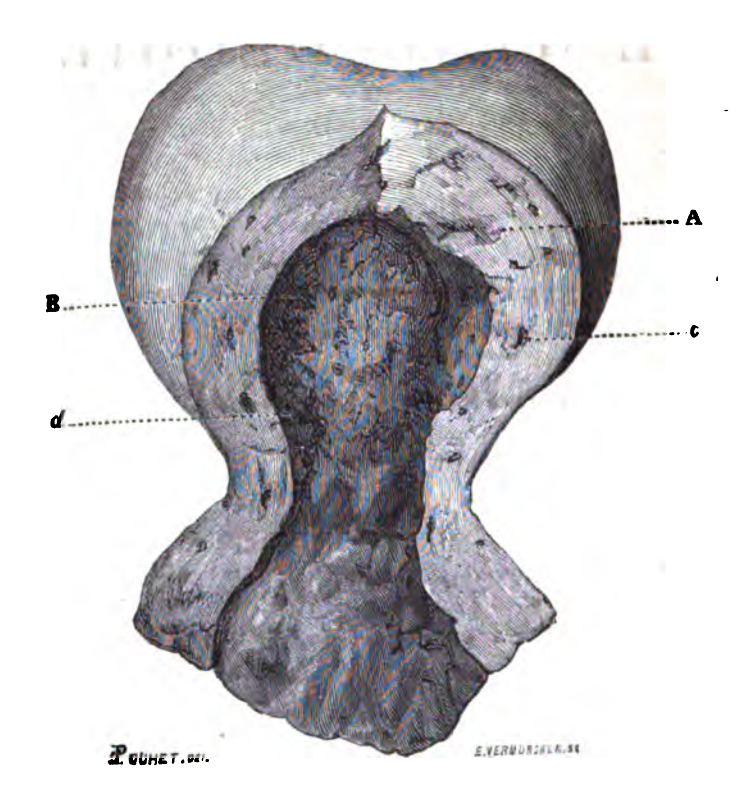


Fig. 1. — Lésions de la métrite hémorrhagique dessinées d'après nature. par M. Hemey (1)

cette maladie n'entraînant pas habituellement la mort par elle-même, on est exposé à trouver des altérations fort diverses.

Au début, la muqueuse est le siége d'une rougeur plus ou

(1) A, coupe de la face antérieure de la paroi utérine. — B, ecchymoses. — Couvertures béantes des sinus utérins, sur la coupe de la paroi. — D, vacuoles existant sur la muqueuse et correspondant, ou à des orifices vasculaires, ou plus probablement à des ouvertures glandulaires dilatées.

NOTA. — Cette figure et les suivantes sont extraites des *Leçons de clinique médicale. Sur les maladies des femmes*, par T. GALLARD, publiées chez MM. J.-B. Baillière et fils.

moins vive, tantôt uniforme, tantôt présentant des arborisations vasculaires très-fines. Cette injection s'étend parfois jusqu'au parenchyme utérin, dans lequel elle pénètre suivant une épaisseur de 2 millimètres; mais au delà, ce tissu conserve son aspect normal. West dit avoir vu, dans un cas, la totalité de la muqueuse utérine présenter exactement l'apparence d'un beau velours rouge; c'est là un fait exceptionnel, et la vascularisation qui détermine cette coloration est rarement aussi uniformément répandue. En même temps qu'elle se vascularise, la muqueuse s'épaissit, se gonfle, elle devient de plus en plus lâche, adhère moins aux couches sous-jacentes, finit par s'en détacher, soulevée qu'elle est par des ecchymoses (fig. 1 et 2) ou, plus rarement, par une infiltration purulente. Elle perd son épithélium sur les points les plus enflammés, et il en résulte des ulcérations qui sont généralement peu profondes, et dont la surface est hérissée de petites papilles, très-visibles sous l'eau, qui lui donnent l'aspect d'un velours coupé ras.

J'ai vu quelquefois ces ulcérations occuper toute l'épaisseur de la muqueuse, mais il est rare qu'il en soit ainsi, et le plus souvent on voit la muqueuse épaissie, boursouflée par le travail inflammatoire, n'être ulcérée que dans ses couches les plus superficielles.

Au microscope on trouve :

Au pourtour des ulcérations, un développement exagéré des vaisseaux. Les glandes utérines sont le plus souvent augmentées de volume et dilatées par les produits de sécrétion qui s'y sont accumulés. On constate encore, sur la surface de la muqueuse, de petits orifices béants (fig. 1 et 2) contenant soit du sang, soit du muco-pus, que l'on fait sourdre assez facilement par la pression; ces orifices sont ceux des follicules muqueux enflammés. Si l'on frotte légèrement la surface de la muqueuse, à l'aide d'un linge, on enlève facilement l'épithélium.

L'épithélium de la muqueuse se détache, et il ne se répare pas, d'où il résulte qu'après la cicatrisation on trouve un épithélium pavimenteux, à la place de l'épithélium à cils vibratils qui, normalement, tapisse la muqueuse utérine.

Lorsque la métrite interne existe depuis un certain temps,

on rencontre à la surface de la muqueuse les granulations ou fongosités sur lesquelles Récamier a, le premier, fixé l'attention.

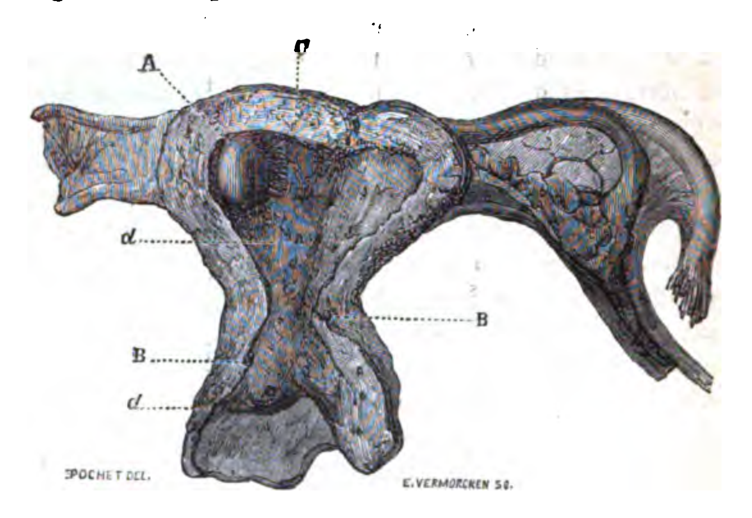


Fig. 2. — Végétation et lésions inflammatoires de la muqueuse utérine dessinées d'après nature par M. Rosapelly (1).

Elles sont ou sessiles ou pédiculées. Les premières, ne faisant pas au-dessus de la muqueuse une saillie de plus de 2 à 5 ou 6 millimètres, ont une base assez large pour être à peine hémisphériques. Leur surface est irrégulière, mamelonnée, et peut, aussi bien par l'aspect que par la coloration, être comparée à celle d'une framboise (*fig.* 2) ; cependant elles ont une teinte moins uniforme, et présentent souvent des vascularisations à leur surface. Les autres, assez petites, sont souvent blanchâtres et forment de véritables petits polypes. Leur pédicule est généralement solide et résistant, et leur volume varie depuis celui d'un grain de blé jusqu'à celui d'un pois.

Quelquefois elles s'allongent et se pédiculisent en formant de véritables polypes, qui, tout en ayant leur insertion sur un point

(1) A, tumeur sessile framboisée siégeant sur la muqueuse, près de l'orifice de la trompe. — B,B, petites glandes du col tuméfiées et ayant le volume d'un grain de millet. — C, ecchymoses sous-muqueuses. — *d*, *d*, orifices glandulaires dilatés.

élevé de la cavité du corps de l'utérus, peuvent venir faire saillie à travers l'orifice du col jusque dans le vagin (*fig.* 3) ou même

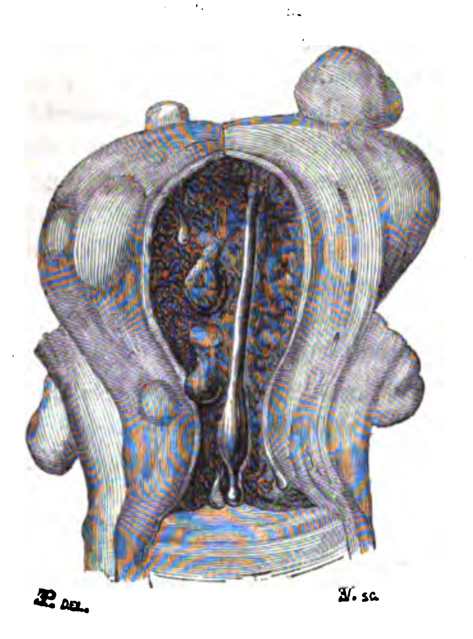


Fig. 3. — Lésions de la métrite chronique. — Végétations pédiculées de la cavité utérine. — Polypes muqueux intra-utérins. — (Cette figure est tirée de l'atlas inedit de M. Huguier.)

hors de la vulve. Elles forment alors les tumeurs généralement connues et décrites sous le nom de *polypes muqueux* de l'utérus.

Souvent ces tumeurs sont rouges et vasculaires, comme les tumeurs sessiles, et leur pédicule est alors fort résistant.

On peut trouver ces deux espèces de végétations réunies chez le même sujet ; mais celles qui sont pédiculées siégent plus habituellement au voisinage des orifices, — celui du col et aussi, quoique plus rarement, ceux des trompes, — tandis que celles qui sont sessiles se rencontrent plus indifféremment sur un point quelconque de la cavité utérine.

Les unes et les autres ne sont autre chose que de véritables végétations hypertrophiques de la muqueuse, dont Robin a

démontré qu'elles renferment les éléments histologiques. Mais, ainsi que le fait justement remarquer Aran, cette conformité de structure est plus apparente que réelle, car si les deux espèces de végétations sont constituées par les mêmes éléments, ces éléments ne se retrouvent pas en même poportion dans chacune d'elles. Ainsi, tandis que les tumeurs pédiculées renferment plus de fibres de tissu cellulaire ou de cellules fibro-plastiques, les tumeurs sessiles contiennent une plus grande abondance de vaisseaux capillaires, au milieu desquels se trouvent souvent disséminés des kystes glandulaires du volume d'une tête d'épingle. Cette constitution anatomique rend parfaitement compte de la production des hémorrhagies, qui sont le symptôme prédominant de l'état morbide correspondant à cette lésion.

Les végétations intra-utérines sont assez faciles à enlever par un simple grattage; mais au-dessous d'elles on ne retrouve plus la muqueuse et l'on a le tissu utérin, mis à nu.

Dans tous les cas de métrite interne et alors même qu'il n'y a pas d'oblitération au niveau de l'isthme, il y a dilatation de la cavité utérine. Cette cavité contient alors, ou du sang, ou des mucosités purulentes, d'un blanc laiteux, et qui n'ont jamais l'aspect visqueux de celles qui sont sécrétées par la muqueuse du col. Les parois utérines, ainsi écartées l'une de l'autre, sont amincies dans la période aiguë, épaissies quand la maladie est devenue chronique, mais elles sont toujours ramollies et friables, c'est ce qui justifie le nom d'engorgement mou et hémorrhagique donné par Duparcque à cet état.

La métrite muqueuse s'accompagne assez souvent de l'inflammation du parenchyme utérin. C'est surtout lorsque la maladie a eu une durée un peu longue que cette complication se produit. C'est alors que surviennent surtout l'augmentation de volume du globe utérin et l'épaississement de ses parois, qui sont les altérations propres à la métrite chronique.

Telles sont, en résumé, les lésions qui caractérisent la métrite interne et contre lesquelles il est nécessaire de diriger une médication énergique et méthodique, si l'on veut obtenir la guérison d'une maladie très-rebelle à nos moyens de traitement,

et qui altère très-profondément la santé générale des malheureuses femmes qui en sont atteintes.

Quoique, dans un certain nombre de cas, le travail inflammatoire ne soit pas limité à la muqueuse même de la cavité du corps de l'utérus et qu'il s'étende parfois, comme je viens de l'indiquer, jusqu'au parenchyme utérin, je veux, dans l'étude qui va suivre, ne m'occuper, au point de vue du traitement, que des cas, plus simples et très-fréquents, dans lesquels la lésion de la muqueuse utérine est, sinon isolée, au moins tellement prédominante qu'elle suffise à attirer toute notre attention. J'aurai donc surtout en vue l'exposé des moyens thérapeutiques propres à modifier les altérations dont la muqueuse de la cavité utérine peut être le siége, laissant de côté, pour le moment, ceux qui ne s'adresseraient qu'aux lésions propres à la métrite parenchymateuse siégeant dans l'épaisseur même du muscle utérin.

Dans une première période de la maladie, lorsque la muqueuse ne présente que des altérations légères, lorsqu'il n'existe que quelques arborisations ou de petites ulcérations très-superficielles, on voit assez souvent la métrite interne guérir spontanément. Il en résulte que le premier moyen à conseiller est le repos. S'il existe une légère réaction fébrile, comme cela s'observe dans certains cas, on doit avoir recours aux antiphlogistiques : 15 à 20 sangsues, ou 6 à 8 ventouses scarifiées, appliquées sur la région hypogastrique seront alors de la plus grande utilité. Ces émissions sanguines devront cependant être employées avec prudence, en raison des hémorrhagies abondantes que les malades ont pu subir et qui ont dû les affaiblir.

L'anémie résultant de ces hémorrhagies est souvent telle qu'elle devient une contre-indication à toute émission sanguine, si légère soit-elle.

Il est surtout utile d'avoir recours, en même temps, aux purgatifs légers, tant pour débarrasser l'intestin que pour produire une révulsion favorable.

On doit donner des boissons mucilageuses, en vue de calmer l'irritation vésicale qui tend à se produire. Des cataplasmes laudanisés devront, en même temps, être appliqués sur le ventre et il faudra faire des injections avec une décoction de plantes narco-

tiques (morelle, jusquiame, pavot, belladone). Ces injection doivent être faites la malade étant au lit et dans la position horizontale, de façon à leur permettre de bien baigner le col utérin. S'il existait une douleur un peu vive, il serait nécessaire de faire prendre des quarts de lavement amylacés et laudanisés. Pour qu'ils soient plus facilement gardés, on les fait précéder de lavements émollients destinés à débarrasser l'intestin des matières qu'il peut contenir. Enfin, il est fort utile de donner l'opium à l'intérieur, à la dose de 5 à 10 centigrammes.

La métrorrhagie est, je l'ai déjà dit, un des principaux symptômes de la métrite interne. Ce symptôme est particulièrement grave, non-seulement parce qu'il effraie beaucoup les malades et leur entourage, mais aussi et surtout parce qu'il devient une cause d'affaiblissement très-marquée. Il convient donc de le combattre d'une façon toute spéciale. Lorsque la métrorrhagie a résisté au repos et aux émissions sanguines modérées, il faut l'attaquer, directement, et le premier agent thérapeutique à lui opposer est l'action du froid. C'est pourquoi il importe de donner froides les injections émollientes et narcotiques dont il vient d'être question plus haut. On a conseillé aussi des compresses d'eau fraîche appliquées sur l'abdomen, des injections et des lavements d'eau froide, enfin l'introduction de fragments de glace dans le vagin, pour déterminer une réfrigération plus active. Ces moyens sont excellents, sans doute, mais ils ont leurs inconvénients, et dans la pratique, on doit diriger l'application de l'eau froide ou de la glace, de telle sorte qu'il n'en résulte aucun inconvénient pour les malades. Or, ce qu'il faut éviter : c'est, d'une part, le défaut de continuité dans l'action du froid, qui, par les réactions pouvant résulter d'une application intermittente, détermine souvent l'effet opposé à celui que l'on recherche ; d'autre part, de trop généraliser cette action en mouillant les vêtements et les pièces de literie qui enveloppent la malade. Ce double inconvénient se produit d'une façon inévitable lorsqu'on applique sur le ventre des compresses imbibées d'eau froide, qui se réchauffent en quelques minutes, ou lorsque l'on introduit dans le vagin des morceaux de glace qui fondent aussitôt. Le mieux est donc d'appliquer la glace sur

l'abdomen, en la renfermant dans une vessie et en ayant soin de la renouveler dès qu'elle est fondue; et de réserver l'eau froide pour les irrigations intra-vaginales qu'il faut faire assez longues pour leur donner une action véritablement sédative.

Les bains-de siége froids, à courant continu, prolongés pendant un temps variant de trois ou quatre minutes à douze ou quinze minutes, suivant la susceptibilité particulière de chaque malade, sont extrêmement avantageux, car ils agissent non-seulement comme hémostatiques, pour arrêter l'hémorrhagie; mais en même temps comme antiphlogistiques, pour dissiper l'inflammation.

Mais ils doivent être administrés avec certaines précautions que je dois indiquer, car c'est surtout en hydrothérapie qu'il est indispensable de procéder d'une façon méthodique et régulière, sous peine d'obtenir des résultats qui, non-seulement différeraient de ceux que l'on attend, mais leur seraient même complètement opposés. Chacun sait que le bain de siége à courant continu, qui se trouve dans tous les établissements hydrothérapiques, est un appareil percé d'une multitude de petits trous, servant les uns à l'arrivée de l'eau, les autres à son départ. Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que le bain de siége peut être pris dans cet appareil de deux façons : l'une, que j'appellerai volontiers par *flagellation*, consiste à asseoir la patiente dans le bain avant d'y faire arriver l'eau. Dès que le robinet est ouvert, le liquide se précipite à travers les nombreux pertuis qui lui donnent accès, et tous ces jets, convergeant vers le centre de l'appareil, viennent fouetter la malade d'une façon très-douloureuse. Comme les conduits de départ sont également ouverts, l'eau ne séjourne pas dans l'appareil, et la flagellation se continue pendant toute la durée du bain, ou plutôt de la douche. Cette douche, ainsi administrée, ne peut être supportée au delà de quelques secondes, et les malades les plus courageuses et les plus robustes n'y résistent pas plus d'une ou deux minutes. Elle exerce, du reste, une action excitante et stimulante, tout à fait opposée à celle que nous voulons obtenir, et malheureusement c'est la seule que connaissent les doucheuses; aussi faut-il établir avec elles une véritable lutte, lorsqu'on veut leur faire

administrer un bien de siége à courant continu, véritablement sédatif, qui pourra et devra même être prolongé pendant quatre, six, huit ou dix minutes et même plus. Cette manière de procéder renverse toutes leurs notions ; elles ne l'acceptent pas sans protestation ni résistance et j'ai eu souvent besoin d'imposer toute mon autorité pour obtenir que l'on se conformât à mes prescriptions.

Voici donc comment j'entends que soit donné le véritable bain de siége, à courant continu, pour qu'il soit bien un bain et non plus une douche, pour qu'il devienne sédatif au lieu d'être stimulant : Avant de placer la malade dans le bain, on commence par le remplir d'eau froide, et pour cela il suffit de n'ouvrir les robinets de départ que quand les conduits d'arrivée ont amené une quantité d'eau suffisante. Le bain étant ainsi rempli, les conduits d'arrivée et de départ sont ouverts d'une quantité égale, de telle sorte qu'il s'établisse un véritable courant, dans lequel la malade peut s'asseoir sans ressentir le choc des jets d'arrivée, amortis qu'ils sont par la masse d'eau au milieu de laquelle ils pénètrent, en produisant seulement un remous à peine sensible. C'est dans ce courant, ainsi amorti, que les malades peuvent séjourner pendant un certain temps et qu'il faut les laisser au moins deux, trois ou quatre minutes, puis progressivement jusqu'à dix, douze ou quinze minutes, si l'on veut éviter le mouvement de réaction qui se produit toujours après l'impression trop rapide et trop peu prolongée du froid.

On voit, dans certains cas, l'inflammation utérine se dissiper d'une façon très-rapide sous l'influence de ces bains de siége froids, ainsi prolongés. J'ai des exemples de métrorrhagies durant depuis trente et trente-cinq jours, qui, grâce à des bains de siége administrés comme il vient d'être dit, ont disparu au bout de quelques jours et qui ne se sont pas renouvelées aux époques menstruelles suivantes. J'ai vu aussi, chez quelques malades, la disparition des accidents inflammatoires survenir d'une façon complète, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à aucun autre traitement.

Lorsque les malades sont trop affaiblies, ce moyen devient inapplicable, mais il peut être remplacé assez avantageusement

par les irrigations vaginales continues, pratiquées à l'aide de l'irrigateur de Clauzuse, d'Angoulême, ou d'un simple condom, noué sur un bouchon de caoutchouc, percé de deux trous qui

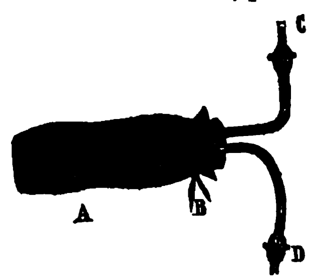


Fig. 4.—Appareil pour irrigations vaginales continues.
A. Vessie en baudruche ou en caoutchouc, destinée à être introduite dans le vagin. Elle est nouée en B sur un bouchon traversé par deux tubes C et D. Ces deux tubes munis chacun d'un robinet. — C, tube d'arrivée du liquide allant jusqu'au fond du réservoir; D, tube de départ ramenant le liquide dans un vase situé sous le lit.

laissent passer deux tubes de caoutchouc, dont l'un plonge, par son extrémité, dans un réservoir, rempli d'eau et placé à une certaine hauteur; dont l'autre permet à l'eau de se déverser dans un vase situé à côté du lit. On peut ainsi faire passer dans cet appareil de 30 à 40 litres d'eau fraîche de façon à faire durer l'injection pendant une demi-heure, une heure et même plus longtemps encore encore, si cela est jugé nécessaire.

Ces appareils, à cause de la minceur de leurs parois, ont l'extrême avantage de produire une réfrigération considérable de tout le bassin, en évitant de mouiller le lit.

Dans certains cas, et surtout dans ceux où la réaction fébrile est assez marquée, je ne m'en tiens pas à cette médication locale et j'ai recours à la digitale. J'administre ordinairement de 30 à 50 centigrammes de feuilles, infusées dans 125 grammes d'eau. Cette quantité de liquide est ensuite prise par cuillerées à bouche dans le courant de la journée. Howship Dickinson, en Angleterre, et Trousseau, en France, ont préconisé ce médicament à la dose beaucoup plus considérable de 15 et même 45 grammes. Mais je me garde bien de les imiter, ayant vu des accidents se produire même avec les doses modérées que j'emploie, lorsqu'elles ont été trop longtemps continuées. Je conseille de plus de ne pas prolonger l'usage de la digitale au delà de cinq

ou six jours, car si, au bout de ce temps, elle n'a pas encore produit d'effet, c'est qu'elle doit rester inefficace.

Je ne crois pas que la digitale ait dans ces cas une action spéciale sur l'utérus. Contrairement à l'opinion de West et de Dickinson, je pense qu'elle ne détermine la cessation des hémorrhagies, qu'en amenant le ralentissement de la circulation et, par suite, la décongestion de la muqueuse utérine.

Quant au ratanhia et au perchlorure de fer, je n'ai jamais vu ces agents être d'aucune utilité, aussi je me dispense complètement d'y avoir recours.

Je rejette aussi, d'une façon absolue, les préparations de seigle ergoté et d'ergotine qui agissent en déterminant des contractions des fibres musculaires de l'utérus, par suite desquelles doivent se produire des froissements douloureux de la muqueuse enflammée. Ces agents médicamenteux doivent donc être considérés comme plus nuisibles qu'utiles, et il n'y a même pas lieu de les employer à titre de simples adjuvants, comme on pourrait le faire pour le ratanhia ou le cachou, ou même pour la teinture de cannelle, qui a été préconisée par Récamier et qui, dans les cas où elle a réussi, me paraît avoir agi plutôt par l'alcool qu'elle contient que par la cannelle elle-même.

Des moyens dont il vient d'être question jusqu'à present et que j'ai dû rapidement énumérer en cherchant à préciser les indications de chacun d'entre eux, deux seulement sont véritablement sérieux et efficaces : ce sont les émissions sanguines et l'application du froid. Ce sont les deux agents par excellence de la méthode antiphlogistique et c'est à ce titre qu'ils peuvent nous aider à obtenir la guérison d'un certain nombre de cas de métrite interne. Mais il suffit d'être à la fois édifié sur la façon dont ils agissent et sur la nature des lésions qui caractérisent l'affection qu'ils sont destinés à combattre, pour se rendre parfaitement compte des conditions dans lesquelles ils pourront réussir, des circonstances dans lesquelles ils devront, au contraire, nécessairement, forcément, échouer.

Que l'on se rappelle ce que j'ai dit en commencant des lésions anatomiques de la métrite interne, et l'on comprendra sans peine

que si les émissions sanguines, que si le froid, sous forme de glace ou d'irrigations plus ou moins prolongées, peuvent dissiper la congestion, l'hypervascularisation, la boursouflure de la muqueuse qui marquent la première période, — période aiguë, période franchement inflammatoire, — de la métrite interne, ils seront absolument impuissants à faire disparaître les lésions plus profondes, telles que les ulcérations de la muqueuse, ou les fongosités, les granulations, les végétations qui se produisent pendant la période suivante et rendent la maladie si tenace, si rebelle à tous nos moyens de traitement.

Voyons donc comment nous pourrons arriver à modifier ces ulcérations, ces végétations et ces fongosités de la muqueuse intra-utérine.

(*A suivre.*)

LA FRÉQUENCE RELATIVE DES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES DANS LES PRÉSENTATIONS DU VERTEX, PENDANT LA GROSSESSE, ET LEURS TRANSFORMATIONS EN OCCIPITO-ANTÉRIEURES PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — CAUSES DE CES PHÉNOMÈNES ET MOYENS DE LES FAVORISER QUAND ILS N'ONT PAS LIEU.

Par le Dr A. Mattei.

Bien des fois, j'ai pris la plume pour envoyer aux *Annales de Gynécologie* des articles dogmatiques ou pratiques sur des sujets obstétricaux, et l'imprévu est venu m'en empêcher chaque fois, de sorte qu'aujourd'hui plus que jamais je reconnais que la clientèle ne laisse pas toujours aux praticiens le temps d'écrire. Je profiterai cependant d'un moyen qu'a proposé dernièrement M. Tarnier pour soumettre aux lecteurs des *Annales* quelques considérations importantes, à la fois théoriques et pratiques.

La statistique de la position occipito-iliaque gauche antérieure, faite au début du travail, a donné à cette position un avantage sur les autres, ce qui l'a fait appeler la première de toutes.

La seconde, pour la fréquence, est l'occipito-iliaque droite postérieure. Je ne m'occuperai que de ces deux positions, on

comprendra facilement le reste ; mais si on est fixé sur le chiffre pris au début du travail on n'est pas fixé sur la cause ; bien plus, la seconde position est même plus fréquente que la première pendant la grossesse d'après mes observations cliniques, et on n'a pas suivi jusqu'ici ces transformations.

Pendant le travail, presque toutes les positions occipito-postérieures se transforment en antérieures, or, lorsque la chose n'a pas lieu, le travail lui-même peut en être retardé, arrêté ; de là, le précepte de favoriser ces rotations, mais il s'agit de savoir pourquoi, quand et comment, on doit le faire. M. Tarnier a proposé dernièrement l'emploi du doigt sur la reprise qu'offre l'oreille du fœtus pour opérer artificiellement la rotation, et puisque je viens de tenter ce moyen sans réussir, je vais m'en expliquer.

Les points pratiques ne pouvant être compris sans quelques considérations théoriques, je vais les donner en peu de mots. C'est d'après les données fournies par le toucher vaginal, c'est-à-dire à une époque avancée du travail, qu'on avait établi la statistique des positions du vertex, l'auscultation a fait avancer le diagnostic en reconnaissant souvent la position pendant la grossesse, mais c'est le palper abdominal surtout qui m'a permis d'établir les idées que je professe ici et ailleurs pour ce qui concerne la grossesse comme pour ce qui concerne l'accouchement.

Les causes des présentations et des positions, les causes des rotations pendant l'accouchement et même pendant la grossesse, ces causes ont été et sont encore un sujet de discussion, c'est cependant sur ces causes qu'il faut être fixé si l'on veut agir avec intelligence et en temps opportun.

La forme du détroit supérieur du bassin n'est pas, comme on a pu le croire, la principale cause des positions, car la grosse extrémité du crâne aurait plus de commodité à se tenir à droite que de rester à gauche, où elle est gênée par le rectum. La cause des positions est ailleurs et elle est complexe ; nous allons même voir comment elle se lie aux transformations, c'est-à-dire aux rotations, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement. Ce point théorique une fois établi, le précepte pratique ne sera la conséquence.

Le fœtus avec la tête, le tronc et les membres semi-fléchis, représente un arc de cercle qui, par sa convexité, s'accommode assez bien avec la concavité des parois utérines, mais il arrive un temps où l'une des parois de la matrice, la postérieure, poussée par le promontoire devient convexe, au lieu d'être concave, et l'arc de cercle fœtal, par sa concavité, peut s'accommoder très-bien sur cette saillie s'il y est forcé par d'autres causes. Suivons la grossesse dans ses transformations, pour étudier précisément ces causes.

Pendant les premiers mois de la gestation, le corps utérin offre une forme plus ou moins globulaire dans sa cavité, et l'arc de cercle fœtal repose par sa convexité (tête, tronc) sur la partie la plus déclive ; mais comme l'utérus, dans la grande majorité des cas, est dirigé un peu à droite, il s'ensuit que l'arc fœtal, dès les débuts, a l'extrémité céphalique en bas et vers la ligne médiane, le dos en arrière et dirigé à droite ; enfin, les pieds restent libres en avant et en haut. Prendrait-il d'autres attitudes, que par ses mouvements il ne pourraît pas les garder longtemps.

La grossesse avançant, l'utérus s'élève à travers le détroit supérieur, son diamètre vertical s'allonge, enfin, il refoule les parois abdominales pendant qu'il est refoulé lui-même par le promontoire et la colonne lombaire, mais toujours en s'inclinant plus souvent à droite qu'à gauche. L'arc fœtal qui n'est pas inerte, qui sent, se meut, et prend même les attitudes qui lui sont les plus commodes, cet arc éprouve aussi des transformations, non-seulement pour le volume, il est forcé d'en prendre pour les attitudes. Il était dès le début avec le dos en bas, en arrière et à droite ; il conserve plus ou moins cette position en relevant son extrémité sacrée pendant que l'extrémité céaphalique devient plus inférieure. Lorsque l'utérus a franchi le détroit supérieur, lorsque la paroi postérieure de l'utérus est déprimée par la colonne lombaire, le tronc fœtal est déjeté sur les côtés, mais comme il était le plus souvent dirigé à droite, il y reste encore, il y restera toujours, si rien ne le force à se déloger. La position occipito-iliaque droite postérieure sera persistante.

Le palper abdominal, en effet, m'a permis de reconnaître la fréquence de cette position dès le sixième et septième mois, mais

aussi elle se transforme souvent en première avant même que le travail ne commence, tandis que j'ai vu très-rarement une première position se transformer en seconde.

Les raisons de la rotation fœtale pour changer une deuxième position en une première, pendant la grossesse, me paraissent être les suivantes, et nous allons voir ces raisons expliquer même les rotations qui ont lieu pendant le travail our ramener presque toujours l'occiput en avant.

Dès que l'arc fœtal est placé au-dessus du détroit supérieur, son extrémité céphalique est plus que jamais retenue en bas par l'anneau que lui offre ce détroit. L'extrémité sacrée dirigée en haut et en avant est gênée d'autant plus que les membres inférieurs sont la partie la plus agitée par les mouvements, mais ce qui doit gêner le plus le fœtus dans la position occipito-iliaque droite postérieure est son épaule droite. Cette épaule, une saillie, est obligée d'être toujours en frottement avec la saillie du promontoire et de la partie lombaire de la colonne vertébrale; de là, le glissement fréquent de ces parties et finalement l'éloignement, tandis qu'une fois le fœtus placé en première position, les épaules sont laissées libres. Cette dernière position offre de plus grands avantages pour la mère et pour l'enfant, avantages dont j'ai parlé dans mon essai sur l'accouchement physiologique.

Le rôle des épaules pendant l'accouchemeut est bien plus marqué encore que pendant la grossesse ; c'est ici le point le plus important, mais une remarque est à faire tout d'abord : c'est que si les transformations des deuxièmes positions en premières sont plus actives que passives pendant la grossesse, elles sont presque entièrement passives pendant l'accouchement. Ceci surprendra peut-être plus d'un de mes lecteurs, cependant j'ai remarqué que dans le cas du fœtus mort, la seconde position est plus fréquente que la première, comme dans les cas où toute chose égale d'ailleurs, la femme est spacieusement bâtie ; tandis que chez la femme aux formes exiguës, quoique bien faite, chez les primipares, la première position, au terme de la grossesse, est plus fréquente que dans les cas précédents. Cela s'explique aisément quand on considère que lorsque le tronc

fœtal et surtout l'épaule droite sont jetés de côté par la colonne vertébrale maternelle, l'enfant tendrait à se placer en occipito-tranverse ou antérieure droite ; mais l'utérus, presque toujours dévié à droite, serait obligé alors de loger le grand axe fœtal dans un diamètre restreint, partant de l'éminence iléo-pectinée droite, pour aller à la partie gauche du fond de l'organe, tandis que quand le fœtus est en première position, le grand axe de l'arc fœtal est parallèle, on peut dire même qu'il se confond avec le grand diamètre utérin, allant de l'éminence iléo-pectinée gauche à la plus grande hauteur de l'utérus à droite. J'arrive aux rotations du fœtus pendant l'accouchement pour changer la deuxième position en première.

Cette rotation peut se faire, mais assez rarement, avant l'engagement de la tête dans l'excavation, et, dans ce cas, c'est la contraction utérine qui l'opère, en redressant la matrice ainsi que son contenu suivant la ligne médiane et dans l'axe du détroit supérieur. Le fœtus, alors, pendant la contraction ou après, se porte à gauche plutôt que de regagner la droite ; mais si cette rotation est rare, rien de plus commun que de voir la rotation céphalique se faire pendant la descente de la tête, de manière à porter l'occiput de l'articulation sacro-iliaque droite jusque sous l'arcade pubienne. C'est la cause de cette rotation qu'il s'agit de préciser pour pouvoir la faire artificiellement quand elle fait défaut.

Ce ne sont pas les théories qui ont manqué ici ; je crois seulement qu'on n'a pas assez fait la part des épaules dans la rotation de la tête, quoique cette cause ne soit pas la seule, comme on va le voir.

Déjà, la contraction redresse l'arc fœtal plus qu'il ne l'était dans l'état de relâchement, puis elle pousse cet arc de manière que la tête, plus ou moins fléchie, s'engage dans le détroit supérieur ; mais après la tête suivent les épaules, et l'épaule droite, arrêtée par le rebord du détroit, glisse de l'articulation sacro-iliaque droite dans la fosse iliaque correspondante jusqu'à la rencontre du diamètre oblique ou transverse, pour que le diamètre bis-acromial s'engage dans le détroit supérieur du bassin. Pendant ce temps, l'occiput exécute une spirale qui, de

l'articulation sacro-iliaque droite va sous l'arcade pubienne, c'est-à-dire que la rotation des épaules entraîne avec elle la rotation de la tête par un mouvement passif. Il m'est arrivé cependant de constater par le palper la rotation du tronc pendant la contraction utérine et, ayant un doigt dans le vagin, je sentais la tête fœtale faire spontanément la rotation après le relâchement ; c'est-à-dire que le fœtus ayant été forcé à mettre les épaules transversalement, il s'accommodait à la nouvelle position en redressant la tête de manière à porter aussi l'occiput d'arrière en avant et de droite à gauche.

Voilà pour moi le mécanisme de la rotation dans les positions occipito-postérieures, bien entendu quand elles ne deviennent pas occipito-sacrées. La rotation des épaules précède et entraîne celle de la tête. Voyons maintenant quelles sont les causes qui peuvent contrarier cette rotation et quelles en sont les conséquences.

Pour que les épaules jouent le rôle dont je viens de parler, il faut que l'épaule droite, après avoir glissé dans le sillon latéral droit de la colonne vertébrale, suive la fosse iliaque correspondante ; pareille chose n'a pas lieu lorsque cette épaule glisse, au contraire, sur le devant du promontoire. Le fœtus, poussé alors par la contraction utérine, le diamètre bis-acromial tend à se rendre de plus en plus parallèle au diamètre transverse du détroit supérieur, dos en arrière, et la tête, en s'engageant dans l'excavation, fait la rotation de l'occiput en arrière (occipito-sacrée), au lieu de la faire en avant ; or, l'on sait que cette rotation entraîne des difficultés, et, par conséquent, doit être évitée ou corrigée toutes les fois qu'on le peut.

Ce que je viens de dire des cas les plus fréquents est applicable aux plus rares, et quoique le rôle des épaules ne soit pas l'unique cause des rotations de la tête dans le sens favorable ou défavorable, je reconnais qu'elle est la principale ; voyons comment on s'y est pris pour corriger cette rotation, quand elle n'avait pas lieu avec l'occiput en avant.

Moi-même, avant d'avoir reconnu le rôle des épaules, j'ai cherché à changer les positions occipito-transverses, postérieures ou antérieures en positions directes, l'occiput en avant, et

cela à diverses hauteurs de la tête. J'ai essayé avec les doigts, tantôt d'attirer l'occiput en avant, tantôt de pousser le front en arrière et à gauche prenant un point d'appui sur les anfractuosités des sutures ou des fontanelles, mais rarement avec succès, si bien que j'ai renoncé à ces manœuvres. Aujourd'hui, je reconnais le pourquoi de mes insuccès, c'est que la rotation de la tête est un effet et non une cause. C'est la rotation des épaules qu'il fallait obtenir si je voulais avoir celle de la tête; c'est donc la rotation et l'engagement des épaules, dos en avant, que je me suis appliqué à produire dans le cours du travail, et j'y suis surtout parvenu par des manœuvres externes. La méthode anglaise ou américaine de faire coucher les femmes pendant le travail sur le côté gauche est utile en effet dans les secondes positions, tandis que, dans les premières, elle est plutôt nuisible; c'est sur le côté droit que la femme devrait être couchée alors pour que le tronc fœtal, en se portant du côté opposé, entraîne les épaules et l'occiput vers la ligne médiane.

La position de la femme, le redressement du corps utérin avec une main qui, en même temps, ramène lentement le tronc fœtal en avant, surtout au début de la contraction, voilà des manœuvres innocentes et le plus souvent suivies de succès, puisqu'elles favorisent le placement des épaules transversalement, et conséquemment leur engagement, ce qui veut dire engagement et rotation de la tête dans l'excavation.

Cette manœuvre réussit-elle toujours? Voilà ce qu'il s'agit de déterminer, et le cas dont je vais parler, seul, demanderait des réserves; mais elle me réussit si bien quand je l'emploie dès le début du travail, que les rotations de l'occiput en arrière (occipito-sacrées), sont pour ainsi dire bannies de ma pratique désormais.

Maintenant que j'ai tracé ma règle de conduite, je vais parler les cas où ne réussissant pas facilement par les moyens que je viens d'indiquer, j'ai voulu essayer le procédé proposé par M. Tarnier, et je n'ai pas pu y réussir; c'est encore ma méthode qui a prévalu, avec les modifications dont je vais parler.

Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans, que j'accouchais pour la troisième fois. Cette grossesse, quoiqu'un peu plus pénible que les pré-

cédentes, approchait du terme, c'est-à-dire que les dernières règles ayant eu lieu du 24 au 26 mai 1875, la 9e époque cataméniale devait apporter l'accouchement vers le 24 ou 26 février 1876. Par le palper, j'avais déjà reconnu que cette femme portait un enfant placé en seconde position du vertex.

Le soir du 11 février, c'est-à-dire avant-hier, cette dame a eu plusieurs personnes à dîner chez elle, et, en maîtresse de maison, elle a aidé ses domestiques plus que d'habitude, mais ce qui va suivre prouve aussi qu'à table elle a dû donner le bon exemple à ses convives. Le fait est que, dès 3 heures après minuit, le 12, elle a été prise de malaises d'estomac et bientôt de coliques à lui faire craindre une indigestion, lorsque tout à coup les eaux amniotiques sont parties et elle a inondé son lit.

Le mari a appelé une sage-femme du voisinage en attendant qu'il vint me chercher, et à mon arrivée (4 h. 3/4), j'ai trouvé le travail déclaré. Les contractions se suivent à 6 minutes d'intervalle, le col utérin est entr'ouvert quoique encore un peu épais, comme dans tous les accouchements prématurés. Le travail s'avance, la malade est couchée sur le lit de misère, et, suivant mon habitude, j'explore avec la main gauche l'abdomen, pendant qu'avec deux doigts de la droite je pratique le toucher vaginal pour diriger le travail.

Avec la main extérieure, je redresse l'utérus à l'approche de la contraction et cherche à ramener le dos fœtal en avant. Une fois la contraction passée, je fais incliner la malade sur le côté gauche. Avec les doigts explorateurs de la droite, je facilite la dilatation du col par une légère pression circulaire, mais la tête est encore élevée, et ce qu'il y a de désagréable, c'est que les eaux s'écoulent toujours un peu, preuve que la pression de la tête sur le col n'est pas exacte.

Ces manœuvres, cependant, ne font pas opérer la rotation et l'engagement des épaules, ce qui fait aussi que la tête reste encore élevée et l'occiput est placé à droite.

A force de se répéter, les contractions finissent par se ralentir et le travail languit un peu. Je fais lever et marcher la femme; une fois recouchée, je titille le col en opérant presque entièrement la dilatation et le chevauchement, sans que la tête fasse plus de progrès, ni pour l'engagement, ni pour la rotation. C'est alors que j'ai voulu essayer le procédé de M. Tarnier, c'est-à-dire d'aller appuyer les doigts sur la saillie que pouvait faire l'oreille fœtale, placée à droite et en avant, pour presser dessus et opérer artificiellement la rotation, mais mon index, mon médius, n'ont jamais pu y parvenir pour deux raisons, d'abord parce qu'ils n'étaient pas assez longs, ensuite parce que la tête était trop appuyée contre la branche horizontale du pubis droit pour laisser passer mes doigts. En vain, j'ai tâché de faciliter la manœuvre en déplaçant le fond utérin en divers sens; je n'ai jamais pu atteindre la saillie de l'oreille.

Le temps se prolongeant sans succès, il fallait prendre une détermination, d'autant plus que les battements du cœur fœtal commençaient à faiblir. Quelle pouvait être ici la cause qui empêchait la rotation et l'engagement des épaules, conséquemment l'engagement et la rotation de la tête? La femme étant bien faite et l'enfant n'étant pas tout à fait à terme, je n'avais pas à craindre un enclavemen part disproportion entre la tête et le bassin, mes manœuvres avaient suffisamment emmené le dos sur le côté pour ne pas craindre que l'épaule droite eût de la tendance à passer devant le promontoire, et par conséquent, si la rotation de l'occiput ne finissait pas de se faire en avant, elle n'avait pas de disposition à se faire en arrière. Ces raisons, jointes à l'élévation de la tête ainsi qu'à la sortie presque constante des eaux, m'ont porté à admettre une brièveté de cordon absolue ou relative, ce que j'ai annoncé au mari de la malade, et si d'autres manœuvres ne réussissaient pas promptement, j'ai dit que j'appliquerais mon léniceps.

Les contractions ayant repris un peu, j'ai avec la main gauche, non-seulement redressé le corps utérin, mais appuyé assez fortement dessus et ai maintenu la pression pendant toute la contraction. La main droite a de plus en plus élargi le col et opéré ce que j'appelle les petites manœuvres obstétricales. J'ai engagé la femme à faire des efforts volontaires, que j'ai excités par l'abaissement artificiel du plancher, et ces manœuvres ont bientôt fait engager les épaules, descendre la tête et ont opéré la rotation de l'occiput sous l'arcade pubienne. Par l'extension artificielle, j'ai littéralement poussé cette tête au dehors, si bien qu'après sa sortie elle est restée enfouie dans la vulve. Le doigt, passé sur le cou de l'enfant, a trouvé en effet un tour de cordon si serré, que j'ai cru un instant de devoir le couper, tant a été le tiraillement nécessaire à son chevauchement. Après avoir fait la rotation artificielle des épaules, j'ai extrait l'enfant à 7 h. 3/4

C'est une fille en état de mort apparente, mais que j'ai pu ranimer; elle est de dimension moyenne. Il est évident que la brièveté du cordon était la cause qui s'opposait à la rotation spontanée et artificielle des épaules. Je n'ai pas pu agir avec les doigts sur la reprise de l'oreille, comme l'a proposé M. Tarnier, mais, aurais-je pu agir, que très-probablement je n'aurais pas réussi. La délivrance et le restant n'ont rien offert de particulier. J'ai revu la malade hier au soir et ce matin ; elle va bien, seulement, au lieu de la constipation, l'accouchement a été suivi de selles diarrhéiques, ce qui indique une indigestion ayant hâté de quelques jours l'arrivée de l'accouchement.

Maintenant que j'ai rapporté le fait et les principes qui me guident dans la pratique pour les cas analogues, je vais terminer par quelques considérations sur le moyen proposé par

M. Tarnier, qui a servi de prétexte à cet article. Puisque ce confrère l'a pratiqué avec succès, c'est qu'il est praticable ; il faut donc le tenter toutes les fois qu'il est indiqué ; mais, si j'en juge par mon essai, M. Tarnier a opéré dans des cas où la tête était déjà descendue dans l'excavation, lorsque les épaules étaient déjà engagées dans le détroit supérieur, le dos en avant; c'est-à-dire que dans ces cas, ce qui reste à faire de rotation à l'occiput est peu de chose. Le détroit inférieur du bassin forçant le grand axe de la tête à suivre le diamètre antero-postérieur qui est le plus étendu achève cette rotation de l'occiput en avant, quand elle n'est pas déjà faite.

Je doute très-fort que ce procédé soit assez puissant pour ramener l'occiput d'arrière en avant, c'est-à-dire pour entrainer les épaules et le dos en avant quand ils sont déjà placés en arrière ou qu'ils ont de la tendance à s'y porter par le mécanisme dont j'ai parlé. C'est à peine si on peut obtenir ce résultat par une application de forceps, et encore ne l'obtient-on le plus souvent qu'en imprimant au cou une rotation forcée de plus d'un quart de cercle, c'est-à-dire en mettant en danger la vie de l'enfant, tandis que si on s'y prend dès le début du travail, comme je le pratique, les positions occipito-postérieures restées permanentes jusqu'à la fin, iliaques ou sacrées, peuvent être presque toujours évitées. Quant aux positions occipito-iliaques droites ou gauches antérieures, primitives ou secondaires, ces positions ne sont guère à craindre, la rotation s'achève sur le détroit inférieur, parce que les épaules s'engagent dans le détroit supérieur, le dos en avant. L'exception même que je viens de rapporter a fini par rentrer dans la règle.

ÉTUDE

SUR LA MOLE HYDATOÏDE.

Par le Dr. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne).
Lauréat de l'Académie de médecine, etc.

(SUITE). (1)

II. *Mode de groupement des vésicules.*

Que, au point de vue purement pittoresque et pour exprimer d'un mot l'impression qui résulte d'un premier coup d'œil, on dise que les vésicules sont disposées en grappes, il y a peu à redire; mais je crois pouvoir démontrer qu'il n'y a là qu'une simple apparence. Malheureusement, au point de vue de la réalité des choses, je crains bien que cette idée préconçue n'ait influé d'une façon fâcheuse sur la description, et d'autant plus fâcheuse, que cette disposition est un des grands arguments invoqués à l'appui de l'opinion que je combats.

La plupart des observations se bornent à indiquer d'une façon générale la disposition en grappe.

Les vésicules ne sont point disposées les unes à la suite des autres, dit Hippolyte Cloquet, comme le seraient des varices séparées par des valvules intérieures; mais elles naissent latéralement et d'une manière alterne à droite et à gauche, en avant et en arrière, d'un pédoncule commun... Les masses ont la figure d'une grappe en raison de l'agglomération du grand nombre d'individus qui les composent sur une tige centrale ramifiée et à l'aide de pédicelles ramifiés, disposition qui a été observée par un grand nombre d'accoucheurs et qui paraît constante.

Examinons les faits. Voici ce à quoi se borne ce que nous avons noté : Millot parle de longues queues, à chacune desquelles tiennent huit à dix vésicules par des pédicules. Destrez dit qu'elles sont appendues à un pédicule commun; Franche,

1) Voir le numéro de février, p. 81.

aux ramifications multipliées d'une tige centrale; Villiers, à des pédicules qui se rendent à d'autres pédicules très-fins insérés sur des rameaux communs, lesquels aboutissent à un centre plus massif. Depaul dit aussi qu'elles étaient appendues à une tige commune et formaient des grappes nombreuses. Mais y a-t-il bien une *tige?* Les pédicules communs, dit-il, partent tous d'une *membrane* dont il a été impossible de retrouver la cavité. Gibert annonce comme les autres qu'elles sont appendues à un pédicule formé de tissu cellulaire; mais est-ce pédicule ou membrane qu'il faut lire? Il ajoute, en effet, qu'elles sont attenantes les unes aux autres, et Luys, qui a vu la même pièce, précise ce point en disant : Chaque dilatation vésiculiforme est constituée, soit par un renflement terminal d'une villosité, soit par des dilatations successives et placées à la file de la cavité même de la villosité ; elles sont séparées par des espèces d'étranglements qui leur forment des collets. En général, elles ont un pédoncule étroit qui les relie à la masse de la villosité ; d'autres se continuent avec elles par une large base d'implantation.

Rien donc, dans ces descriptions incomplètes, ne me paraît établir la disposition en grappe d'une façon péremptoire. On a accepté le mot, parce qu'il correspondait à l'apparence superficielle, et la description s'est adaptée au mot.

Cruveilhier nous fournit la preuve que ce n'est point là une simple hypothèse. Les vésicules, dit-il, sont tantôt agglomérées au milieu d'un axe commun, verticellées, tantôt disposées à la manière d'une grappe, alternes, opposées, quelquefois très-rapprochées, d'autres fois séparées par un grand intervalle. Mais, après avoir ainsi sacrifié à l'usage, cet excellent observateur ajoute : Elles présentent deux, trois, quatre, cinq pédicules, de sorte qu'*il n'y a pas de grappes*, à proprement parler, mais des espèces de *réseaux* formés par des vésicules liées entre elles au moyen de filaments grêles et fragiles.

Acceptons donc le mot grappe, si l'on y tient, à condition qu'il soit bien entendu qu'il est détourné de son sens primitif, qu'il ne signifie plus qu'il y a un pédicule commun, mais que les vésicules naissent les unes des autres. Avec cette restric-

tion, et en laissant de côté ce qui se rattache à l'hypothèse du mode de production, nous trouverons que la description suivante de Cayla tend à confirmer ce que nous venons de dire.

Il est en général *assez facile* d'isoler les grappes les unes des autres et de suivre leur pédicule jusque sur le chorion ; mais souvent l'intrication des filaments signalée dans le placenta s'est conservée dans la môle : on a alors un *gâteau* de kystes à texture inextricable... C'est au niveau du point où commence à se ramifier le pédicule que commencent aussi à apparaître les dilatations hydatiformes. A partir du point où les villosités commencent à se ramifier, on voit leurs branches renfler d'espaces en espaces. Ces renflements varient de volume depuis celui d'une noisette jusqu'à des dimensions invisibles à l'œil nu. Tantôt une villosité entière est métamorphosée presque complètement en une grappe de vésicules, grosses à peu près comme des baies de groseilles ; dans d'autres cas, au lieu de vésicules en grand nombre, de volume peu variable, on trouve sur chaque grappe quatre à huit vésicules, du volume d'une noisette, placées, soit sur le trajet des branches, soit à leur extrémité. Un grand nombre d'autres vésicules, du volume d'un grain de chènevis, les accompagnent et sont situées, soit sur les branches qui en partent, soit sur les rameaux voisins. Les villosités plus simples donnent lieu à des grappes plus simples ; les ramifications sont moins considérables et les vésicules, de dimensions variables, moins nombreuses.

Selon Virchow, on voit les nombreuses vésicules réunies en grappes de telle sorte que chaque vésicule a un pédoncule, et que les grosses vésicules donnnent à leur tour, sur leur surface, insertion à de plus petites, également pédiculées et portant à leur tour de nouvelles vésicules. De grandes grappes de ces vésicules s'insèrent enfin, par de gros pédicules, au chorion, quelquefois dans toute son étendue, souvent seulement à l'insertion placentaire.

On reconnaîtra cette même disposition dans les courtes descriptions suivantes : les vésicules naissent *les unes des autres*, les les dernières attachées à un pédicule (Haller). Elles sont liées *entre elles* de façon à présenter la forme de grappes ou de cha-

pelets (Garnier). Une grappe de vésicules est constituée par de longs chapelets de vésicules couchées sur les parois de l'utérus, fixées à sa face interne par une de leurs extrémités. Une grande vésicule est le plus souvent le point de départ des autres. Par sa partie renflée, elle donne naissance à plusieurs petits prolongements filiformes qui se terminent par des vésicules plus petites ; la même division peut se répéter cinq à six fois et donnér naissance à de longues grappes (Pelvet).

Pour nous qui cherchons à dégager la description, le fait de toute idée préconçue, nous conclurons, de ce qui précède, que moins la description reste banale, plus elle devient précise, plus aussi elle se rapproche du type que nous avons observé : il n'y a plus de grappes, il y a un *réseau;* les vésicules ne sont plus ramifiées autour d'un axe commun, elles sont appendues, attenantes les unes aux autres et finalement à une membrane commune, mais quelquefois, dans certains points, en raison des variétés du degré d'adhérence, on peut distinguer dans ce réseau des *groupes* de kystes plus ou moins isolés de leurs voisins.

III. — *Moyens de connexion. Pédicules et filaments.*

Pénétrons plus avant dans l'étude des rapports qu'affectent entre elles les vésicules adjacentes. Les unes ne sont séparées de leurs voisines que par un simple collet, d'autres par un ou plusieurs pédicules.

D'après Virchow chaque vésicule a un seul pédicule, mais selon H. Cloquet les filaments qui attachent les vésicules les unes aux autres sont souvent d'une extrême ténuité et semblent avoir la même organisation que la vésicule elle-même; ils se croisent mille et mille fois et constituent une trame aréolaire formée de plusieurs couches superposées. C'est là de l'exagéragération pure. Les vésicules, dit Cruveilhier, sont liées entre elles au moyen de 2, 3, 4, 5 et 6 pédicules constitués par des ligaments grêles et fragiles, les vésicules terminales n'en ayant qu'un seule. Ils sont quelquefois aussi déliés que des fils d'araignées, d'autres fois, ils ont une certaine épaisseur et une assez

grande résistence. Le plus souvent sans cavité, ils sont quelquefois canaliculés avec ou sans communication avec la vésicule correspondante. Sur les pièces de Mme Boivin on distinguait dans l'épaisseur des parois des grosses vésicules plusieurs vaisseaux blancs qui passaient d'une vésicule à l'autre, la pénétraient, s'y ramifiaient et en sortaient pour pénétrer dans une autre vésicule après avoir suivi isolément un trajet plus ou moins long.

L'insertion, dit Cayla, a lieu en général au moyen d'un pédicule très-étroit, portion de la branche qui ne s'est pas dilatée. Il varie de longueur de 1 à 2 millimètres. Souvent très-ténu, il atteint parfois 1 millimètre d'épaisseur. Dans ce cas il laisse refluer le liquide d'une vésicule à l'autre, mais très-souvent il est oblitéré sur un point plus ou moins étendu de son trajet. Tantôt il se présente sous forme d'un petit tube membraneux à parois transparentes et plein de sérosité, d'autres fois il offre à son origine des renflements fusiformes. Les pédicules et les filets étaient blancs, très-résistants sur la pièce de Depaul. D'après Robin, ils sont formés de la même manière que la vésicule elle-même, mais le filament de tissu cellulaire qui en occupe le centre prend davantage l'aspect fibreux et en comble la cavité.

Tout cela me semble un peu vague. Voici comment, d'après mon observation, je serais tenté de formuler la chose en établissant une distinction qui n'a point été faite :

L'adhérence des vésicules entre elles a lieu par deux modes dont le développement est, d'une manière générale, proportionnellement inverse : un pédicule et des filaments. Le pédicule, dont le diamètre est d'autant plus grand, toutes proportions gardées, que la vésicule est moins développée, représente dans ce cas un simple rétrécissement circulaire, un collet, et est constitué par la juxtaposition, la fusion plus ou moins intime de la membrane interne des 2 vésicules adjacentes. A mesure qu'elles se développent, l'adhérence diminue d'étendue, et la vésicule secondaire prend l'aspect piriforme, puis tend à se détacher, restant quelque temps retenue par un pédicule fibro-cellulaire qui finit par se rompre. A mesure que ce travail de séparation

progresse, les filaments apparaissant, s'isolent de plus en plus, en rappelant, comme je l'ai déjà dit, la disposition des cordages qui unissent un ballon à sa nacelle.

Pour Vallisnieri, Millot, ce sont des vaisseaux. Mme Boivin partage cette opinion quand elle dit : ces rameaux filamenteux, cette disposition vasculaire sont sans doute les moyens de communication entre les vésicules et leur nutrition. Pour nous, ces filaments qui partent de différents points de la périphérie du kyste pour se rendre, non-seulement à une vésicule voisine, mais à un groupe de vésicules, ne sont autre chose que des débris de la membrane externe commune, moins extensible que l'interne, ou peut-être un produit de sécrétion en voie d'organisation.

Les vésicules communiquent-elles entre elles à travers le pédicule ?

Vallisnieri dit qu'elles s'emplissent aux dépens de celles qui leur sont contiguës, mais est-ce une hypothèse ou un fait ? Cayla annonce que quand le pédicule est volumineux le liquide peut refluer d'une vésicule à l'autre, mais Ch. Robin qui a vu les mêmes pièces, dit positivement que la communication n'existe pas (1). A première vue, Cruveilhier semble admettre la communication, mais il confirme seulement le même fait que Littré, savoir : la communication avec le pédicule et non à travers, ce qui s'explique quand le pédicule prend la forme tubuleuse ou conique. Shrokius insuffle les grains d'une môle, l'air pénètre d'une vésicule à l'autre et il conclut qu'elles communiquent entre elles ; mais Mme Boivin répète l'expérience et elle n'ose affirmer que l'air ait pénétré d'une vésicule à l'autre, elle craint de s'être fait illusion. Quant à nous, nous l'avons cherchee, nous ne l'avons pas constatée ; quand nous avons cru la constater, un examen plus attentif nous a fait voir que nous avions produit une déchirure, d'où nous croyons pouvoir conclure qu'il n'y a point de communication des vésicules entre elles, et nous ajouterons qu'en examinant attentivement la pièce, rien

(1) *Dictionnaire de médecine*, par Littré et Robin.

ne nous a permis de supposer l'existence d'un trajet de communication antérieurement existant.

Telles sont les vésicules en elles-mêmes et dans leurs rapports entre elles; mais elles adhèrent à quelque chose. Quel est leur substratum, quel est leur siége, de quel tissu émanent-elles ?

IV. — *Du siége des vésicules.*

Si nous avons eu à regretter la concision, l'obscurité des descriptions, nous allons nous trouver ici dans un bien autre embarras. C'est à peine, en effet, si, après avoir épuisé leur attention sur la face kystifère, les auteurs se sont donné la peine de parler de la face opposée; ceux qui ne l'ont point complètement passée sous silence se bornent à l'indiquer d'un mot. Cherchons à débrouiller ce chaos.

Des kystes plus ou moins ressemblants à ceux de la môle hydatoïde peuvent se produire dans une foule de circonstances; il n'est donc pas surprenant que l'on en ait trouvé sur le cordon ombilical. D'après Morgagni, Ruysch a quelquefois rencontré le cordon assiégé de tant de vésicules qu'il paraissait être tout entier un enchaînement de vésicules remplies d'une matière acqueuse. Virchow a vu des amas de petites vésicules sur le côté fœtal du placenta dans le voisinage de l'insertion du cordon ombilical.

M[me] Boivin paraît en avoir rencontré à la surface extérieure de l'amnios; elle rapporte que Malpighi et Valeriola ont vu, non-seulement le placenta, mais l'amnios et le chorion hérissés de vésicules innombrables analogues à des œufs de poissons. Un œuf de 4 mois, expulsé dans son intégrité, a présenté à Wrysberg de nombreuses vésicules dont la plus grande partie occupait l'œuf, c'est-à-dire la partie membraneuse, l'autre le placenta. Les vésicules peuvent se trouver à la face utérine du chorion. Nous n'avons trouvé dans cette catégorie que les faits suivants :

Œuf humain rendu par l'avortement. Au chorion sont comme suspendus des rameaux libres en partie, isolés les uns des autres, ici plus dilatés, là plus resserrés, commençant à dégénerer en

hydatides et même quelques-uns d'entre eux se terminant par des vésicules. La surface intacte de l'enveloppe présente une foule de petites ouvertures.

(Albinus, Annot. acad., tab. I, cap. 18, p. 69, 1754, cité par Cruveilhier.)

A l'autopsie d'une femme qu'on croyait enceinte, on trouva dans l'utérus un corps globuleux, membraneux, couvert d'une quantité innombrable de vésicules aqueuses transparantes.

(Mercatus in Lieutaud, Hist. anat. méd., t. I, p. 335, 1767.)

Une jeune dame qui avait eu de petites pertes de sang très-fréquentes dans le cours de sa première grossesse, qui cependant se termina heureusement et à terme, rendit un placenta dont la face utérine était parsemée de concrétions pierreuses. Sur deux points peu distants du limbe de cette masse, on remarque un peloton de vésicules blanches, transparentes, à pédicules courts; elles s'étaient développées à la face utérine du chorion.

(Mme Boivin, loc. cit. obs. 4.)

Une masse expulsée au septième mois ne présente aucune trace de cordon ombilical ou de fœtus; elle ne présente aucune déchirure et contient la quantité d'un verre à liqueur d'une humeur visqueuse et roussâtre. Le sac ouvert a l'étendue de la main. Les corps grenus qui entourent la membrane se détachent successivement. Ils paraissent *avoir été* des corps vésiculaires, dit Gardien.

(Gardanne, Placenta vésiculaire, Ann. du cercle médical, 1820.)

Les vésicules siégeaient-elles bien à la face externe dans l'une des observations de Martin le jeune qui se borne à dire : l'examen du corps étranger fit reconnaître un placenta dégénéré en une multitude de vésicules de divers volumes attachés à un sac membraneux? Enfin Cruveilhier écrit : « En écartant les vésicules on arrive à une membrane transparente, c'est le chorion; sous le chorion très-ténu est l'amnios; l'amnios ouvert, on pénètre dans une poche énorme; de l'un des bords de l'incision naît un cordon auquel pend un petit fœtus. » Voilà bien cette fois les vésicules appartenant au chorion, mais comment concilier cela avec ce qui suit : « le *chorion* et l'amnios sont sains, mais plus intimement unis que de coutume? »

En résumé, dans les quelques cas où les vésicules ont été vues à la face utérine du chorion, elles étaient en général peu développées, et c'est à ceux-là seuls que, selon nous, doit s'appliquer la dénomination d'hydropisie des villosités choriales.

Ruysch leur assigne pour siége le placenta, et c'est en général sous le nom de dégénérescence du placenta que les observateurs nous présentent la môle hydatoïde, et cette dénomination est encore acceptée dans ces derniers temps par Joulin. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par un mot; il faut se rappeler qu'à une époque où le langage médical manquait de précision, on désignait sous le nom de placenta tout ce qui, dans un accouchement, n'était pas le fœtus et nous venons d'en voir des exemples dans les observations de Gardanne et de Martin le jeune, où il s'agissait bien évidemment des membranes de l'œuf. C'est sous le bénéfice de ces réserves qu'il faut accueillir les faits dans lesquels la nature placentaire du produit est indiquée. Cherchons ce que peut être ce prétendu placenta.

Quand ils le décrivent, les observateurs le désignent sous les noms de placenta dégénéré (Nauche), chair confuse (Mauriceau), tissu analogue à un morceau de foie (Millot), masse fibrineuse (Carteaux), masse un peu parenchymateuse, bulbeuse (Bourguin), tissu charnu, spongieux, vasculaire, friable (Bienfait, Garnier, Debourge, Gibert), gâteau charnu (Nole, Cruveilhier), charnu et celluleux (Debourge, Villiers), tissu semblable à des caillots sanguins, rougeâtres, lamelleux, disposés en disque (Haller).

Nous arrivons ainsi insensiblement à une deuxième série de faits dans lesquels les vésicules adhèrent à une grande membrane dont on ne peut déterminer la cavité (Stalpart van der Viel, Martin le jeune, Fauconneau-Dufresne, Bourguet, Depaul), membrane blanche spongieuse (Cruveilhier) ou rouge épaisse, semblable à l'épichorion, avec noyau central épais de 1 à 2 pouces dans les deux observations de Mme Boivin, sans ce noyau dans la mienne.

Une troisième série nous les montre suspendues à l'intérieur d'un sac membraneux (Leray, Lossius, Percy, Bremser, Malichecq, Tarneau, Dardignac, Boivin, Labrousse, Valeriola, Sou-

ville, Chevalier, Melcieul). Ce dernier dit, il est vrai, qu'elles adhéraient à la paroi de l'amnios, mais il ajoute que le placenta, le cordon, les membranes étaient dans leur état normal; s'agissait-il donc réellement de l'amnios ?

Rien donc dans tout cela ne démontre que les vésicules naissent du placenta. De plus, dans quelques observations, le placenta existait distinct de la môle.

Dans une observation de Vallisnieri, le placenta fut expulsé de l'utérus après une quantité énorme de vésicules; elles ne provenaient donc pas du changement du placenta, fait remarquer Morgagni, et il ajoute que l'on peut tirer la même conclusion des observations d'autres auteurs, par exemple de Gutermann.

Une femme qui avait éprouvé les symptômes d'une grossesse ordinaire sans avoir ressenti les mouvements de l'enfant, rendit vers le sixième mois un placenta désorganisé et une grande quantité d'hydatides adhérentes les unes aux autres (Leblanc, Soc. de méd. prat., 1809).

Dans l'observation de Leclerc, on remarque distinctement un placenta séparé de la môle par un cordon d'où partent plusieurs filets d'un rouge pâle, liés ensemble au moyen d'une membrane commune. Au bas, étaient les vésicules ou hydatides. (Journ. de méd., chir., pharm., t. XV, p. 436; 1761.)

Dans celle de Duhamel, le col, qui, trois jours auparavant, avait une longueur de 2 à 3 cent., a disparu. On peut introduire l'extrémité de l'indicateur et reconnaître la présence du placenta. En prévision d'une hémorrhagie, Chailly appelé pratiqua le tamponnement qui est maintenu pendant trois heures. La douleur qui suivit l'extraction du tampon amena un petit placenta suivi d'une masse hydatiforme, du volume de la tête d'un enfant de 5 à 6 ans (Gaz. des hôp., 1858.)

De cet exposé, malgré les obscurités de certaines descriptions, on peut conclure que si des vésicules ont été quelquefois rencontrées à la surface extérieure de l'œuf, sur le chorion, elles attiennent, dans la généralité des cas, à une membrane plus ou moins épaisse que nous aurons à déterminer qui n'est ni le chorion, ni le placenta, qu'elles sont pendantes dans la

cavité utérine, la face opposée à la face kystifère étant adhérente aux parois de la cavité utérine.

V. — *Rapport avec l'utérus.*

La situation de la môle dans l'utérus a été en effet constatée directement.

Une femme de 40 ans eut le ventre gros pendant plusieurs années, sans être autrement incommodée que par son poids. Elle mourut, et à l'autopsie on trouva dans l'utérus, très-développé, une môle pesant 15 livres, ronde, distendue par des vésicules du volume d'une noix, adhérente à l'utérus (Lossius, Obs. méd., lib. 4, obs., 16, in Lieutaud, hist. and med., t. I, p. 337).

Morgagni a rencontré la même chose chez une chienne.

Pelvet a eu aussi l'occasion d'observer la môle encore contenue dans l'utérus :

L'utérus remonte de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il est pâle et médiocrement distendu; sa forme est globuleuse, sa dimension transversale, d'une trompe à l'autre, est de 22 centimètres. Par l'orifice du col en partie effacé, pâle, non variqueux, du diamètre d'une pièce de 5 francs, pend une grappe de vésicules. L'utérus ne contient aucun liquide, mais seulement des caillots sanguins mêlés aux vésicules. Il est rempli par une masse hydatiforme constituée par de longs chapelets de vésicules couchées sur ces parois, fixées à sa face interne, par une de leurs extrémités. Les renflements terminaux sont en effet logés dans autant de petites cavités creusées probablement dans la muqueuse et dont on les arrache assez facilement. A la face postérieure de l'organe, entre les orifices des trompes, sur une surface de 15 centimètres de diamètre, on voit un caillot accollé à la paroi interne et s'y attachant intimement dans une portion de son étendue, formant avec les vésicules un magma spongieux (Soc. anat., 1863, p. 544.)

VI. — *De l'hydatoïde considérée dans son ensemble.*

Considéré dans son ensemble, ce produit offre de nombreuses variétés.

Il se présente en général sous forme d'une membrane plus ou moins épaisse à laquelle il faut distinguer deux faces.

La face adhérente, réticulée, filamenteuse, offre l'aspect d'une muqueuse détachée.

L'autre, la face libre, la face kystifère, est couverte de vésicules de dimensions très-variées, groupées, comme il a été dit, le plus souvent dans sa totalité, quelquefois dans certaines parties seulement.

Au milieu des anfractuosités formées par des séries de vésicules, on trouve à peu près constamment des caillots sanguins différents aspects.

Il n'est pas vrai que ces vésicules soient constamment au nombre de plusieurs milliers, comme l'avance H. Cloquet ; elles sont quelquefois peu nombreuses, au nombre de 3 de 30, de 60, mais le plus souvent très-nombreuses ; Vallisnieri en a compté jusqu'à 6000.

En général cette môle forme une seule masse qui varie depuis le volume d'un gros œuf jusqu'à celui d'une tête d'enfant, d'adulte, d'un fœtus à terme, points extrêmes entre lesquels s'échelonnent toutes les autres : nous verrons plus loin que quelquefois, pendant le travail de l'accouchement, cette masse unique se déchire et peut être expulsée en deux ou plusieurs fragments.

Le poids total a présenté les variétés suivantes : 318 gr. (Tarneau), 1 livre (Millot), 2 livres (Vannoni), 2 livres 9 onces (Boivin), 3 livres (Leclerc), 3 livres 13 onces (Boivin), 5 livres et demie (Bourguin), 9 livres (Dardignac), 10 livres (Fabrice de Hilden) et même 15 livres.

Nous avons déjà dit que cette membrane que l'on rencontre à l'état de membrane plane, peut revêtir la forme d'une coque ouverte ou non en un point de sa surface, à l'intérieur de laquelle pendent les vésicules. Elle renferme un liquide dans lequel on ne trouve ordinairement ni fœtus, ni débris de fœtus. En trouve-t-on quelquefois ? Y a-t-il des môles *embryonnées*.

Au centre d'une môle hydatique, Paul Portal trouva une vésicule du volume d'une aveline, dans laquelle nageait un petit corps ayant la forme d'un embryon de la grosseur et de la

longueur d'une mouche. A l'orifice de l'utérus adhérait un corps mollasse qui fut pris pour le placenta (Prat. des accouch., p. 137, cité par Mme Boivin).

Môle hydatique du placenta, présentant une masse de petits kystes du volume d'un pois, appendus aux villosités choriales; leur réunion donne très-exactement l'aspect d'une grappe à grains nombreux. Leurs parois sont minces et transparentes. A l'intérieur de cet œuf abortif, se trouve un embryon long de 2 centimètres, évidemment moins âgé que les membranes. (Liégeois, Soc. anat., 1856, p. 465.)

Dans l'observation déjà citée de Cruveilhier (p. 37), on lit ceci : « Sous le chorion très-ténu, était l'amnios. L'amnios ouvert, on pénètre dans une vaste poche. De l'un des bords de l'incision naît un cordon auquel est appendu un petit corps recourbé sur lui-même, plus volumineux à l'une qu'à l'autre extrémité, présentant quatre tubercules, deux de chaque côté, c'est évidemment un fœtus et son cordon. »

Tels sont les seuls faits de nous connus qui établissent directement les réalités de la présence d'un embryon au sein d'une môle. Mais l'on a trouvé plus souvent ces produits séparés. Nous allons étudier les faits qui se rattachent à cette question.

VII. — *Coexistence de la môle et d'une grossesse fœtale.*

Dans certains cas, il y a avortement, c'est ce qui s'est présenté dans ma première observation dans laquelle il a eu lieu à ix semaines.

Morgagni examina en 1716 avec Vallisnieri, une môle hydatoïde qu'une femme de Vérone avait rendue après un fœtus dont elle accoucha dans un avortement violent. (Morgagni, epist. 48).

Une sage-femme présenta à Carteaux une masse hydatide provenant d'une personne enceinte de trois mois et elle assura avoir reçu le fœtus. (Comm. à Lisfranc, clin. chir., t. III, p. 368.)

Une femme qui croyait avoir avorté après quelques mois de grossesse, expulsa quatre mois après, en une seule masse, une môle de 4 livres et demie. (Bourgoin, Duffaux, Gaz. de santé, 1825.)

A ces quatre premiers faits on peut objecter que le fœtus et sa môle provenaient du même œuf; cette objection ne peut s'adresser aux deux suivants :

Hall a vu une môle expulsée après un fœtus vivant et son placenta à six mois de gestation. (Trans. of obst. Soc. of London, mentionné par Joulin, p. 804.)

Une femme grosse de quatre mois, avorta : on trouva parmi les caillots deux produits dont l'un était un œuf bien conformé. Le fœtus dégagé de ses membranes offrait les caractères que l'on rencontre ordinairement du troisième au quatrième mois de la gestation. Le second était une espèce de godet, dont l'une des faces était lisse, tandis que l'autre était parsemée dans toute son étendue de petits kystes à liquide transparent. (Berton, Arch. gén. de méd., 1829, t. XX, p. 120.)

La môle peut être expulsée alors que la grossesse suit son cours.

Une femme expulsa à cinq mois une môle aqueuse du poids de 10 livres, sans avorter de l'enfant qu'elle portait et dont elle accoucha à terme. (Fabrice de Hilden, cité par Mme Boivin.)

L'expulsion d'une môle hydatoïde précéda de quelques mois la naissance d'un enfant qui fut Béclard. (Billard, idem.)

Thuillier, cité par Burns (Traité d'accouch.), rapporte un cas du même genre, où l'expulsion de petites hydatides eut lieu depuis le milieu de la grossesse jusqu'à son terme.

La môle et le fœtus peuvent être expulsés simultanément :

Une femme de 30 ans, après être accouchée laborieusement d'un fœtus mort, fut prise de nouvelles douleurs et rendit brusquement et avec bruit une masse de ces vésicules dans un flot de lymphe. (Rance, cité par Bréra, Journ. des conn. méd.-chir., 1834.)

Grossesse et accouchement accompagnés de l'expulsion d'une môle. (Hirsch, 1862, mentionné par Joulin.)

Une primipare arrivée fort heureusement au neuvième mois de sa grossesse, mit au monde, après un travail très-régulier et quinze heures de souffrances, un enfant d'une taille ordinaire et bien portant. Le placenta, volumineux, ne fut extrait qu'avec beaucoup de peine. Sa forme paraissait irrégulière. Sa face

fœtale était défigurée par trois grappes d'hydatides, dont l'une avait bien au moins 10 pouces de longueur et aurait eu la plus grande ressemblance avec une grappe de raisin, si chaque vésicule eût été isolée; les trois grappes étaient réunies à leur base et s'enfonçaient profondément dans la substance du placenta intact. (Brachet, Journ. gén. de méd., t, CII, p. 38.)

Vers le fin de 1836, une femme enceinte, à terme, éprouva quelques douleurs. Le toucher fait reconnaître un écoulement séro-sanguinolent, une dilatation du col de la largeur d'une pièce de 6 francs et une tumeur molle, bosselée, sortant en partie par cet orifice. La pression du doigt fait sortir une certaine quantité d'eau roussâtre, puis du sang pur. Les douleurs augmentent; le vagin se remplit d'une quantité notable de caillots qui, vers 10 heures du soir, furent rendus avec une grappe d'hydatides du volume du poing. Les hydatides, de la grosseur du fruit de grenadier, sont implantées sur une masse fibrineuse offrant des filaments assez longs. Le sang continue à couler, mais moins abondamment. Vers minuit la poche des eaux se rompit et la malade accoucha naturellement, d'un enfant vivant assez fort. On amena ensuite un petit placenta rétréci, disposé en raquette, auquel tenait encore, du côté opposé à l'insertion du cordon, une autre grappe hydatique du volume d'un gros œuf de poule. Guérison au bout de neuf jours. (Carteaux, loc. cit.).

Femme de 38 ans, mère de trois enfants, toujours bien portante jusqu'à sa quatrième grossesse. Depuis quatre mois elle est maladive et atteinte depuis six semaines d'une perte continuelle, mais peu abondante; extrémités infiltrées. Le ventre est plus volumineux qu'il n'est habituellement au quatrième mois. La malade assure avoir senti remuer son enfant depuis quelque temps; bruit de souffle placentaire dans toute l'étendue du bas-ventre, d'une aine à l'autre, mouvements du cœur du fœtus peu distincts; col un peu dilaté, mais pas assez pour permettre l'introduction du doigt; le sang que l'on ramène est séreux et d'une couleur sale (28 août). Cinq heures après, douleurs d'enfantement; la perte a augmenté et le sang en est vermeil; le col a pendant les douleurs une dilatation d'une pièce de 2 francs;



son ouverture est occupée par un corps mollasse; au moindre effort pour le soulever, il s'échappe beaucoup de sang liquide et en caillots. Au bout d'une heure les douleurs se ralentirent puis cessèrent malgré l'administration du seigle ergoté. L'hémorrhagie continuant plus abondante, l'état s'aggravant, la dilatation ayant presque la largeur d'une pièce de 5 francs, Villiers se décida à agir. Il sentit avec le doigt qu'il n'avait à faire aucun effort de décollement, que les doigts s'enfonçaient avec la plus grande facilité dans le corps du placenta supposé. Ayant conçu aussitôt des doutes, il tira un lambeau et reconnut plusieurs vésicules hydatiques. Les mouvements du fœtus avaient cessé depuis le matin; on ne percevait plus de battements, mais seulement un bruit de soufflet.

En raison de la constriction, la main ne put extraire qu'une petite portion d'hydatides, la masse se broyant sous les doigts au moindre effort, mais, l'hémorrhagie s'étant arrêtée, il renonça pour le moment à l'extraction de la môle. L'abdomen conservait encore plus des deux tiers de son volume primitif. Les hydatides extraites auraient rempli la moitié d'un chapeau ordinaire. C'était une agglomération de vésicules transparentes, de couleur légèrement ambrée (du moins dix heures après), du volume d'un grain de millet à celui d'une aveline, toutes pédiculées et suspendues en forme de grappes à d'autres pédicules très-fins, insérés sur des rameaux communs qui se rendaient en se confondant à un centre plus massif, assez solide, comme charnu; cette dernière partie était celle qui adhérait aux parois de l'utérus.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE
SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE
PAR L'EMPLOI DU CHLORAL HYDRATÉ,

Par le Dr H. Chouppe,
Chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris.

(SUITE) (1).

B. *Cas dans lesquels l'hydrate de chloral a été employé seul.* — Continuant notre analyse des faits, nous voici arrivé à ceux dans lesquels le chloral a été le seul agent thérapeutique mis en usage. Ici nous n'aurons plus à rechercher quelle est sa part dans les résultats obtenus; s'il y a succès (la part étant faite à la *natura curatrix*), c'est au chloral que l'honneur en revient. Il est facile de comprendre que les cas où le chloral est le seul agent sont postérieurs aux précédents, car il faut toujours, en présence d'une affection grave, un certain courage pour sortir de l'ornière tracée, et appliquer seul un médicament qui n'a pas fait ses preuves. Cette hésitation légitime, nous espérons qu'après l'analyse sévère des faits que nous allons leur faire connaître, nos lecteurs ne l'éprouveront plus, car le chloral ne sera plus une nouveauté, mais un médicament sérieux, éprouvé, et dont l'action salutaire sera basée sur des faits positifs et consciencieusement recueillis.

Un détail très-important, et que nous ne rencontrerons malheureusement point indiqué dans toutes les observations, c'est la gravité du mal, et le pronostic probable en l'absence de traitement; mais, à défaut de détails précis, nous trouvons souvent indiqués la violence des accès, leur fréquence, l'état antérieur et la force de résistance des malades, tous éléments qui peuvent nous aider à juger l'efficacité du traitement.

(1) Voir les numéros de janvier et de février, p. 33 et 109.

Nous procéderons ici comme dans le paragraphe précédent, donnant dans tous leurs détails plusieurs observations, de préférence celles qui nous paraissent les plus concluantes, celles qui ont été suivies avec soin, et surtout celles qui, recueillies à Paris, soit sous nos yeux, dans le service de M. Bourdon, soit dans le service de M. Polaillon, et dans lesquelles nous serons, par conséquent, certain qu'il n'a pu se glisser aucune erreur de traduction.

Observation XVII (1).

Mme X..., multipare. Le travail marche très-bien quand, tout à coup, un grand bruit se fait entendre à côté d'elle et lui cause une vive frayeur. Aussitôt violentes convulsions éclamptiques qui durent plusieurs minutes. Pas d'albumine (?). L'accouchement et la délivrance se font très-bien, mais les accès continuent à de très-courts intervalles et deviennent de plus en plus violents et dangereux; le péril est imminent; on lui administre alors 30 grains (1 gr. 65 cent.) de chloral hydraté. Les convulsions continuent encore, mais cependant elles deviennent moins fortes et moins fréquentes; enfin, elles s'arrêtent au bout de 50 minutes. Sommeil profond de huit heures. Plus d'accès, pas de céphalalgie; guérison.

Observation XVIII (2).

Dame atteinte de cachexie palustre; multipare et à terme. A la suite d'un frisson, elle est prise de violentes convulsions éclamptiques qui durent plusieurs minutes. On administre immédiatement 1 gr. 65 d'hydrate de chloral et les convulsions ne reviennent pas. Cependant comme le travail marche lentement, dès que les conditions le permettent on applique le forceps et l'accouchement se termine heureusement; guérison.

Observation XIX (3).

Après un quatrième accouchement, qui a été pénible, et dans lequel elle a mis au monde deux enfants, tout s'est bien passé jusqu'au quatrième jour, moment où la malade a été prise tout à coup et sans cause connue, d'un délire assez violent qui a duré sans interruption les jours suivants. Dans les antécédents personnels ou héréditaires de cette femme on ne trouve ni affection nerveuse d'aucune sorte, ni maladie mentale, ni éclampsie. Elle est très-agitée au moment où on

(1) Milne. *Edinburgh med. Journal*, 1870.
(2) Starley. *Loc. cit.*
(3) Head. *British med. Journ.*, 1870.

lui administre une potion contenant 4 grammes de *chloral hydraté*, dont le goût est masqué par 20 gouttes de teinture de gingembre. Aussitôt (cinq minutes après), sommeil calme; au réveil, nouvelle agitation, céphalalgie et même convulsions légères. On donne 2 grammes de *chloral;* nouveau sommeil très-calme et qui dure vingt-quatre heures. Au réveil, la malade est tout à fait calme, elle est revenue à son état normal, et il ne reste pour tout symptôme morbide qu'une légère céphalalgie. On donne de nouveau 1 gr. 65 de *chloral;* cette dose est répétée le lendemain. A partir de ce moment la malade va de mieux en mieux jusqu'à la guérison complète.

Observation XX (1).

Mme X..., primipare, a eu pendant sa grossesse de l'œdème des membres inférieurs. Pendant l'accouchement une attaque d'éclampsie qui s'est terminée sans traitement au moment de la délivrance. Trois jours après l'accouchement son enfant, très-débile du reste, vient à mourir, et à ce propos elle éprouve une émotion brusque à la suite de laquelle les attaques éclamptiques reparaissent, très-violentes, presque continues; la vie de la malade semble sérieusement menacée, et les convulsions sont si intenses qu'on peut à grand'peine écarter les mâchoires pour introduire une cuillère. Potion contenant 5 grammes d'hydrate de chloral. Sommeil de deux heures; au réveil, il reste encore un peu de surexcitation, de la céphalalgie, quelques soubresauts de tendons qui font craindre l'invasion de nouvelles attaques. En présence de ces symptômes on donne de nouveau la même dose d'hydrate de chloral, dont l'administration est suivie d'un sommeil calme. Le lendemain, quoique l'état soit excellent, on redonne 6 grammes de chloral. Guérison rapide et définitive.

Si nous avons donné ces deux observations, c'est qu'elles ont entre elles un rapport intime, tout en présentant des différences importantes. Dans l'observation XX, les convulsions quoique survenues après l'accouchement, sont cependant assez violentes pour inspirer des craintes sérieuses. Dans l'observation XIX, au contraire, les attaques éclamptiques n'ont pas paru, et cependant les symptômes prémonitoires indiquent qu'elles sont imminentes : ici le chloral en empêche le développement, il est préservatif.

Observation XXI (2).

Il s'agit d'une femme multipare qui avait eu de l'œdème pendant

(1) Chouppe. *Gaz. obstétricale de Paris*, 5 novembre 1873.

(2) Darin (de Chaville). *Gaz. des hôpit.*, 1872. p. 892.

les derniers jours de sa grossesse. L'accouchement fut normal et la délivrance se fit sans aucune complication. Neuf heures après, vers 3 heures 1/2 de l'après-midi, elle eut une première attaque; à 4 heures 1/2 seconde attaque; à 5 heures 1/2 troisième attaque durant vingt-cinq minutes au moins, en y comprenant une courte période de coma.

Céphalalgie, urines fortement albumineuses. — Prescription 6 grammes de chloral hydraté dans 100 grammes de sirop de groseilles. Aussitôt après le troisième accès, la malade prit trois cuillerées de ce sirop à un quart d'heure d'intervalle. Elle n'eut plus d'accès. La malade dort toute la nuit en prenant le reste du chloral hydraté; le sommeil est paisible; le lendemain la mémoire est un peu paresseuse; un peu de céphalalgie, plus d'albumine; enfin, au bout de quelques jours, la guérison fut complète et les suites de couches régulières.

Observation XXII (1).

Femme en travail, accès graves d'éclampsie. 2 grammes de chloral furent administrés en injections hypodermiques. A la suite de cette injection il se produisit un sommeil qui ne dura pas moins de vingt heures. Au réveil, comme on constatait de nouveau des phénomènes pouvant annoncer le retour des accès, on pratiqua une nouvelle injection hypodermique contenant 1 gramme de chloral hydraté, puis successivement trois nouvelles injections à 1 gramme. A partir de ce moment il ne se produisit plus d'accès ni aucun accident nerveux. Le travail marchant lentement, la tête restant longtemps au périnée, on résolut de terminer artificiellement l'accouchement et on fit une application de forceps. La guérison eut lieu sans complication, si ce n'est de petits abcès produits par les injections de chloral. Les suites de couches furent régulières.

Observation XXIII (2).

Une primipare de 20 ans fut prise, pendant la première partie du travail, de convulsions éclamptiques d'une violence extrême. La vie étant compromise pendant la crise par la violence des convulsions, l'auteur se décida à employer le chloral hydraté, qui fut administré, comme dans l'observation précédente, par la méthode hypodermique. Dès la première injection de 2 grammes de chloral hydraté les convulsions cessèrent : *on en vit même une au milieu de laquelle l'injection avait été faite s'arrêter brusquement.* Mais comme, dès que la malade s'éveillait, elle présentait encore un peu d'agitation, on renonça à

(1) Rabl Ruckhart. Berlin Wochen, VI, 1860.
(2) Ruckhart, *Loc. cit.*



employer d'autres moyens et les injections furent continuées à des intervalles irréguliers jusqu'a la dose de 6 gr. 50 cent.; à partir de ce moment la malade ne présenta plus aucun phénomène nerveux; elle ne conservait le lendemain qu'un peu de céphalalgie. Les suites de couches marchèrent régulièrement et ne furent entravées que par la formation de petits abcès gangréneux, qui se montrèrent aux points où avaient été faites les injections.

Observation XXIV (1).

21 ans, primipare. Le 20 octobre 1872 grande quantité d'albumine dans l'urine; depuis quinze jours œdème des membres inférieurs et des paupières, céphalalgie, somnolence, fréquentes envies d'uriner. Le 24 octobre, à deux heures du matin, violente attaque d'éclampsie qui dure dix minutes. Pendant la période de résolution qui suit cette première attaque, on administre un lavement avec 4 grammes de chloral hydraté : ce lavement est suivi d'un sommeil prolongé et absolument calme. Le lendemain matin, au réveil et uniquement par prudence, on donne un nouveau lavement avec 4 grammes d'hydrate de chloral, mais celui-ci est rendu presque de suite et en entier, de sorte n'a dû être conservé qu'une très-petite quantité de chloral. A midi, la malade présentant un peu d'agitation, mais sans aucun prorome d'éclampsie, et les contractions utérines étant très-douloureuses, on donne encore un lavement avec 4 grammes de chloral ydraté. A 3 heures, accouchement naturel et presque sans douleur. A 8 heures du soir, nouvelle attaque d'éclampsie. — Potion avec 4 grammes de chloral hydraté. A partir de ce moment il ne se produisit plus aucun accès et la guérison fut normale et rapide.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres : en premier lieu, dès le premier lavement, on voit des attaques qui étaient extrêmement violentes, cesser presque définitivement, car la seconde dose fut plutôt administrée pour produire l'anesthésie obstétricale que pour enrayer des attaques d'éclampsie dont rien ne pouvait faire prévoir le retour. Or, il s'agit d'une femme essentiellement nerveuse, rendue encore plus irritable par l'attaque d'éclampsie, et cependant un simple lavement, avec 4 grammes de chloral hydraté, produit une anesthésie suffisante pour qu'elle dure trois heures et permette à l'accouchement de se terminer presque d'une manière indolente; c'est, du reste, un des points sur lesquels nous aurons à

(1) Bourdon. *Soc. de thérap.*, séance du 8 janvier 1873.

revenir, quand nous nous occuperons de déterminer les avantages que présente l'hydrate de chloral sur les autres médicaments employés pour combattre les accès éclamptiques.

OBSERVATION XXV (1).

Il s'agit, dans ce cas, d'une femme de 27 ans ayant eu trois enfants; elle accoucha le 21 juin 1870 sans complication pendant le travail ni pendant la délivrance, mais aussitôt après celle-ci, survint une hémorrhagie assez abondante bientôt suivie d'une attaque d'éclampsie. Le pouls est petit et irrégulier, il y a un hoquet violent et fort pénible. On introduit la main dans le vagin dans le but de provoquer une contraction utérine et d'arrêter ainsi l'hémorrhagie, alors il se produit une nouvelle attaque éclamptique, d'une violence extrême, qui ne dure pas moins de trois minutes. On lui donne un peu d'eau-de-vie, puis une potion avec sirop simple, 60 grammes, hydrate de chloral, 4 grammes, dont on fait prendre immédiatement deux cuillerées à dessert (à peu près 1 gr. 50). Sommeil. Au réveil, on donne du thé de bœuf et un peu d'eau alcoolisée, ce qui provoque une nouvelle attaque. Cette crise est suivie d'un fort engourdissement et d'un assoupissement assez prolongé. On continue à donner du thé de bœuf et de l'eau alcoolisée pendant toute la journée, et la malade a six nouvelles attaques. Toutes les heures on a donné une cuillerée à café du sirop chloralé, et c'est seulement dans la soirée qu'on voit se produire une légère amélioration. Dans la nuit il se produit une nouvelle attaque et le matin il existe une céphalalgie assez violente. On donne 2 grammes de chloral en une seule fois, et à partir de ce moment, trente heures après l'accouchement, la malade n'a plus aucune crise. La guérison fut complète.

Cette observation soulève plusieurs objections. En premier lieu, il est difficile de comprendre pourquoi l'auteur qui accuse le thé de bœuf et l'alcool d'avoir produit des crises ou, pour mieux dire, de les avoir réveillées, a cependant fait continuer, pendant toute la journée, l'administration de ces médicaments. Nous ferons, de plus, remarquer que le chloral hydraté dont la première dose avait produit une amélioration évidente, a été continué à doses trop faibles pendant toute la journée ; du reste, la meilleure preuve que cette critique est fondée, c'est que dès que l'auteur a fait donner une dose un peu plus forte, il a vu immédiatement les accès cesser d'une manière définitive.

(1) Mackintosch. *The medical Times and Gazette*, 1870.

OBSERVATION XXVI (1).

Il s'agit encore, dans ce cas, d'une attaque d'éclampsie survenue après l'accouchement. Les urines étaient albumineuses. La maladie débuta avec une violence extrême, et les crises étaient si répétées qu'en vingt-quatre heures la malade n'eut pas moins de quarante paroxysmes. On fit une inhalation de chloroforme extrêmement passagère, et on prescrivit l'usage du chloral dont on fit prendre 4 grammes dans une potion dont les cuillerées furent données à la malade presque coup sur coup. Au bout de quelques minutes la résolution fut complète et la malade s'endormit d'un sommeil calme, paisible, qui dura pendant plusieurs heures. Au réveil elle est encore assez agitée, elle a de la céphalalgie, et bientôt elle est prise d'une nouvelle crise, mais beaucoup moins longue et moins violente que les précédentes; dans ces conditions on donne de nouveau 4 grammes de chloral hydraté; nouveau sommeil; au réveil elle est parfaitement calme; on donne encore 2 grammes de chloral, après quoi elle n'a plus d'attaque et guérit définitivement.

Cette observation est très-importante : ici, en effet, les crises survenaient coup sur coup, et l'on pouvait redouter une issue funeste; or, dès la première dose de chloral, les paroxysmes ont à peu près cessé, et après la seconde dose, tout danger avait disparu; la troisième n'a été donnée que par mesure de précaution.

OBSERVATION XXVII (2).

Il s'agit d'une femme âgée de 31 ans, primipare et à terme. Dans les derniers temps de sa grossesse elle a eu de l'œdème des jambes et de l'urine fortement albumineuse. L'accouchement suit d'abord une marche régulière, mais au moment où la tête arrive au détroit inférieur, de violentes attaques d'éclampsie se déclarent. Elles reviennent toutes les vingt minutes.

Au bout de deux heures elle a eu six paroxysmes, le travail n'a pas avancé, elle est toujours dans le même état. On donne une potion chloralée, puis le calme s'étant établi et les crises ne revenant pas, l'on fait une application de forceps. Les suites de couches sont régulières et la guérison est définitive.

Les observations que nous allons maintenant reproduire ayant été recueillies dans les hôpitaux de Paris, et notamment

(1) Raynaud. *Bull. de thérap.*, 1871.
(2) Bardet (de Dreux), thèse Fauny, p. 21.

à l'hôpital Cochin, dans le service d'accouchements de M. le Dr Polaillon, méritent d'être reproduites dans tous leurs détails et non analysées comme les précédentes : cependant il nous faut encore les faire précéder du très-bref résumé de 4 cas sur lesquels nous n'avons que peu de renseignements.

OBSERVATION XXVIII (1).

Il s'agit d'une femme atteinte d'accès d'éclampsie très-nombreux et très-violents avant l'accouchement et qui a été guérie par une potion contenant 4 grammes de chloral hydraté.

OBSERVATION XXIX (2).

Dans le second cas qui s'est présenté à peu près dans les mêmes conditions, le chloral a été donné à la même dose et les effets à peu près nuls, en ce sens que les attaques ont continué tout en diminuant de fréquence.

OBSERVATION XXX (3).

Il s'agit d'une femme éclamptique dont nous ne connaissons rien de plus et qui fut guérie par le chloral.

OBSERVATION XXXI (4).

Femme prise d'accès d'éclampsie avant l'accouchement : ils sont d'une fréquence extrême et d'une grande violence, mais ils cessent aussitôt après l'administration du chloral.

OBSERVATION XXXII (5).

X..., âgée de 23 ans, primipare, entre à la maternité de Cochin (service de M. Palaillon) le 14 septembre 1873 à 7 heures 1/2 du soir. Dès le troisième mois de la grossesse elle a eu de l'œdème de la face, des pieds, des mains, et pendant les derniers temps elle a beaucoup souffert de vomissements continuels. Une de ses cousines germaines du côté paternel est épileptique, quant à elle, elle n'a jamais souffert d'aucune maladie nerveuse ou autre. Le jour même de son entrée, à 4 heures du soir, elle est prise d'une céphalalgie intense et de vomissements ; sa vue se trouble. Presque aussitôt éclate une violente attaque d'éclampsie. Les membres et les muscles de la face sont violemment convulsés. A partir de cette attaque, onze autres se succèdent de quart d'heure en quart d'heure. A 7 heures 1/2 du soir, la ma-

---

(1) Philips. *Med.-Times and Gaz. Soc. obst. de Londres*, 1871.
(2) Id. *Loc. cit.*
(3) Playfair. *Obs. Soc. of London*, 1871.
(4) Alexander. *Practitioner*, mars 1870.
(5) Fauny. *Loc. cit.*, p. 23.

lade, qu'on a placée dans une salle isolée, est toujours sous une influence éclamptique ; mais ce ne sont plus de véritables attaques, c'est en quelque sorte un état de mal beaucoup plus grave. Elle est sans connaissance, et de temps à autre elle est prise de mouvements désordonnés qui nécessitent la présence de plusieurs personnes pour la maintenir dans son lit. La figure est grimaçante, le moindre attouchement fait naître un soubresaut ; les pupilles sont contractées. Aucun commencement de travail ; le col est ramolli, mais ne permet pas le passage du doigt. Les battements du cœur du fœtus s'entendent à droite et au-dessous de l'ombilic.

10 *heures du soir.* — Le col utérin se durcit et les contractions commencent. Elles reviennent régulièrement tous les quarts d'heure jusqu'à 2 heures du matin, mais, à partir de ce moment, le travail s'arrête.

7 *heures du matin.* — Même état de la malade. On essaye de lui faire avaler une potion contenant 4 grammes de chloral, mais en introduisant la cuillère entre les dents le liquide se répand et il n'en est pas avalé.

8 *heures du matin.* — La malade est toujours sans connaissance, elle pousse des cris de temps en temps, porte sa main à sa tête pour exprimer la douleur. A chaque instant elle se lève sur son séant ou se jette sur le bord de son lit, si bien qu'on est obligé de la retenir pour l'empêcher de tomber. Température, 38° ; pouls, 96. Les urines renferment une très-grande quantité d'albumine ; par l'acide et la chaleur elles se prennent en masse. On pratique, à deux heures d'intervalle, cinq injections sous-cutanées avec la solution suivante : *Hydrate de chloral*, 4 *gr.*; *eau*, 30 *gr.* Ces injections sont faites avec une seringue contenant environ 10 cent. cubes. Sous l'influence des injections la malade s'endort d'un sommeil calme. — *Le* 16 *septembre* le travail reprend à une heure du matin ; à 2 heures elle accouche heureusement et naturellement. A partir de ce moment il ne se montre plus qu'un peu de somnolence, il n'y a même plus trace d'agitation ; le soir le calme est si complet qu'elle peut prendre un peu de lait. A partir de ce moment elle n'éprouve aucun accident et guérit vite et bien.

OBSERVATION XXXIII (1).

Eclampsie avant et après l'accouchement. — Hydrate de chloral. — Guérison.

X..., âgée de 23 ans, primipare, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Marie (service de M. Bourdon), le 13 décembre 1873 à trois heures de l'après-midi.

---

(1) Bourdon. *Loc. cit.*

Pendant sa grossesse sa santé est toujours restée bonne; elle n'a jamais eu d'œdème des jambes; toutefois dans les deux derniers mois, elle s'est aperçue que sa face était un peu bouffie. Dans sa famille, il n'y a jamais eu de cas d'éclampsie ou d'épilepsie.

Le travail a commencé le 12 au soir, et le 13, à neuf heures du matin, l'accouchement naturel s'est fait. Pendant ce temps, la malade a eu dix-sept attaques d'éclampsie pour lesquelles on n'a fait aucun traitement. Après l'accouchement onze nouvelles attaques. C'est alors qu'on apporte la malade à l'hôpital. A trois heures après-midi, nouvelle attaque au moment même où l'on couche la malade. On administre aussitôt 4 grammes d'hydrate de chloral en potion.

4 heures. Plus d'attaques; cependant la malade est très-agitée. Elle pousse des cris à tous moments et elle présente encore un peu de trismus et de roideur du cou.

A quatre heures et demie, lavement ainsi composé :

Hydrate de chloral.......	6 grammes.
Eau....................	60 —

Ce lavement n'est pas rendu.

Vers les cinq heures, la malade s'endort; sommeil calme; réveil vers sept heures du matin. Le sommeil la reprend de nouveau, elle dort jusqu'à une heure de l'après-midi. Au réveil elle est calme et assez gaie.

Le soir, nouvelle potion avec 4 grammes d'hydrate de chloral. La nuit a été très-bonne.

Le 15, état excellent, qui se continue jusqu'au 23 décembre, époque à laquelle la malade sort complètement guérie.

Les 13, 14, 15, les urines contenaient une très-forte proportion d'albumine; le 23, jour de la sortie, il y en avait encore, mais peu cependant.

Observation XXXIV.

Primipare. — Eclampsie avant l'accouchement. — Deux attaques. — Hydrate de chloral. — Guérison. — Hémorrhagie (1).

Emilie V..., âgée de 27 ans, journalière, primipare et à terme, entre à la maternité de Cochin le 27 septembre 1873.

Dès le troisième mois de sa grossesse elle avait eu de l'œdème des jambes, qui avait nécessité son entrée à l'hôpital à deux reprises différentes; le deuxième mois, cet œdème avait gagné la partie inférieure du ventre. Les urines qu'on avait examinées n'avaient jamais présenté d'albumine, dit-elle.

27 septembre, 7 heures du matin. La malade à son entrée ne présente rien de particulier; le travail est déjà commencé, mais cepen-

(1) Fauny. *Loc. cit.*

dant on ne peut pas encore diagnostiquer la présentation. Pendant la journée violentes douleurs de tête. Le travail marche, mais très-lentement.

Le 27, 8 heures du matin. La tête est engagée faiblement au détroit supérieur (O. I. D. P.). Céphalalgie intense, troubles de la vue et vomissements.

8 heures 1/2. Premier accès éclamptique ; les membres et les muscles de la face sont fortement contractés. L'accès dure cinq minutes environ. On administre la potion suivante :

Hydrate de chloral......	4 grammes.
Eau....................	125 —

Cette potion est prise par tiers à dix minutes d'intervalle; bourse séro-sanguine considérable. On ne peut pas avoir d'urine.

10 heures. Deuxième et dernière attaque avec les mêmes symptômes et la même durée que la première. T. 38°. P, 92.

La tête est engagée dans l'excavation ; application de forceps et extraction du fœtus en présentation (O. I. D. P.), non réduite. Vaste déchirure au périnée allant jusqu'à la muqueuse rectale. (Serres-fines.)

Immédiatement après l'accouchement une violente hémorrhagie se déclare. On fait la compression de l'aorte et on administre 50 centigrammes de seigle ergoté : arrêt de l'hémorrhagie ; la délivrance se fait naturellement.

1 heure après-midi. T. 38. P. 92.

Les urines renferment une très-grande quantité d'albumine.

6 heures du soir. T. 39° P. 94.

Les attaques n'ont pas reparu; dans la soirée on donne à la malade 4 grammes de chloral en potion à prendre par cuillerées tous les quarts d'heure. Sommeil paisible.

Le 29. Aucune attaque; peu d'albumine dans les urines. La malade dit être faible, mais elle n'éprouve aucune douleur de tête. Rien du côté de l'intelligence et de la parole. T. 38°. P. 92.

Dans la soirée on donne une potion au chloral, 1 gr.

Le 30. La nuit a été très-bonne ; l'état général excellent.

12 janvier 1874. La malade n'a rien éprouvé depuis ses couches; M. Polaillon l'a gardée jusqu'à ce jour dans son service, afin d'opérer la guérison du périnée.

Observation XXXV (1).

Primipare. — Éclampsie pendant et après l'accouchement. — Grand nombre d'accès. — Hydrate de chloral. — Guérison. — Application du forceps.

Thérèse L..., âgée de 22 ans, primipare, entre à la maternité de Cochin le 14 septembre 1873, au matin. Elle est d'une bonne consti-

tution, grande, un peu mince, plutôt nerveuse que pléthorique. Dans sa famille il n'y a jamais eu ni éclamptiques, ni épileptiques. Comme accidents de la grossesse, elle n'a jamais eu ni éblouissements, ni douleurs de tête, ni œdème de la face et des membres; cependant elle dit avoir vomi plusieurs fois; la seule chose à noter est l'avancement de son accouchement, car ses dernières règles sont venues le 22 février 1873. D'ailleurs le poids de son enfant (2,150 gr.) prouve bien qu'elle n'était pas tout à fait à terme.

Le 14, à six heures du matin, commencement des premières douleurs. Les contractions sont régulières, mais faibles.

A deux heures de l'après-midi, rupture spontanée des membranes; col de la largeur d'une pièce d'un franc et présentation O. I. G. A. La malade reste dans cet état, ayant toujours des douleurs, mais peu énergiques, jusqu'au 15 à deux heures du matin où, sans aucuns prodromes, ni signes habituels de l'éclampsie, un violent accès éclate.

Deuxième attaque à deux heures quarante-cinq minutes. Dilatation complète du col.

2 h. 55 m. Troisième attaque.

Cinq minutes après (3 h.), mademoiselle Bazin, la sage-femme de garde, trouvant la tête engagée dans l'excavation, fait une application de forceps, et extrait un garçon vivant pesant, comme nous l'avons déjà dit, 2,150 grammes.

L'accouchement fait, les attaques n'en continuent pas moins. Les accès sont même plus forts et plus longs.

3 h. 5 m. Quatrième attaque.

3 h. 15 m. Cinquième attaque.

3 h. 25 m. Sixième attaque.

5 h. 30 m. Comme la malade ne peut plus rien prendre par la bouche, on lui administre un lavement avec :

Hydrate de chloral...... 3 grammes.
Eau.................... 100 —

Immédiatement après, les attaques cessent, mais la malade est toujours très-agitée.

3 h. 25 m. Aussitôt après l'administration du lavement, une grave hémorrhagie se déclare. Délivrance artificielle, compression de l'aorte et compresses froides sur le ventre. Le sang continue à couler, mais en petite quantité jusqu'à six heures du matin, où l'hémorrhagie cesse complètement.

8 heures du matin. La malade, qui était sans connaissance depuis la première attaque, commence à recouvrer la raison. Pendant toute la journée elle va de mieux en mieux et les accès ne reparaissent plus.

Les urines qu'on a examinées à plusieurs reprises ont toujours fourni une assez grande quantité d'albumine.

M. Polaillon prescrit à la malade un régime lacté et trois jours après un régime tonique.

28 septembre. On ne trouve plus d'albumine dans les urines.

La femme a continué à bien aller jusqu'au 29 décembre où elle est sortie de l'hôpital parfaitement guérie. Elle a nourri son enfant pendant tout son séjour à Cochin.

Nous ajouterons aux observations précédentes, qui toutes ont été recueillies dans les ouvrages que nous avons eu fréquemment l'occasion de citer, le cas suivant, récemment observé par M. le Dr Fauny, à l'obligeance duquel nous le devons.

Observation XXXVI.

Madame X..., âgée de 20 ans, est presque à terme d'une première grossesse ; pendant la gestation, elle n'a éprouvé aucun accident qui mérite d'être signalé.

C'est une jeune femme faible, d'un tempérament nerveux, mais qui n'a jamais eu de symptômes d'hystérie confirmée. Le travail commence lentement ; pendant deux jours les douleurs sont peu vives et peu fréquentes, de sorte que toute cette première période est très-facilement supportée.

Les douleurs expulsives commencent à devenir violentes, la malade souffre, et presque aussitôt elle est prise d'un violent accès éclamptique. M. le docteur Fauny lui fait prendre immédiatement 2 gram. de chloral hydraté. La malade tombe alors dans un sommeil calme pendant lequel les contractions continuent régulièrement, de telle sorte que, une heure et demie après, elle accouche facilement d'un enfant mort. A ce moment elle est agitée, et bientôt après la délivrance, qui se fait facilement, elle est prise d'une seconde attaque éclamptique bien plus faible que la première. On donne une nouvelle dose de chloral. A partir de ce moment plus d'accès, et ce n'est uniquement que par excès de précautions que M. Fauny lui fait prendre, de deux heures en deux heures, quatre doses de chloral, de 50 centigrammes chacune. Cette jeune femme eut des suites de couches très-favorables.

Tels sont les faits que nous avons pu réunir. Dans cette seconde série, nous avons 20 observations, et toutes les malades ont guéri, il est inutile de rappeler que pas un traitement ne donne de résultats comparables. Ici il est bien évident que le chloral doit être considéré comme le véritable agent qui a produit la guérison, puisque seul il a été employé. Avant de comparer les unes aux autres ces différentes observations, il nous

TABLEAU-RÉSUMÉ

DES CAS DANS LESQUELS L'HYDRATE DE CHLORAL A ÉTÉ EMPLOYÉ SEUL.

Numéro.	Age.	Nombre d'accouchements antérieurs.	Moment où a débuté l'accès.		Nombre d'accès.	Voie d'absorption.	Dose de chloral.	Résultats définitifs.	Noms des auteurs.
			avant l'accouch.	après l'accouch.					
1	inconnu	multipare.		1	nombreux.	potion..	1 gr. 65	guérison	Milne.
2	I (1).	multipare.	1		nombreux.	Id.	1 gr. 65	Id.	Starley.
3	I	3		1	imminents.	Id.	9 gr. 65	Id.	Head.
4	22 ans.	primipare.		1	N (2).	Id.	16 gr.	Id.	Chouppe.
5	I	M (3).		1	3	Id.	6 gr.	Id.	Davin.
6	I	M	1		N	inj. s.-cut.	7 gr.	Id.	Rabl-Ruckhart
7	20	P (4)	1		4	Id.	6 gr. 50	Id.	Rabl-Ruckart.
8	21	P	1		2	lavement.	12 gr.	Id.	Bourdon.
9	I	3		1	10	potion.	6 gr.	Id.	Rakintosch.
10	I	M		1	41	Id.	10 gr.	Id.	Raynaud.
11	31	P	1		6	Id.	inconnu.	Id.	Bardet.
12	I	M	1		N	Id.	4 gr.	Id.	Philipps.
13	I	M		1	inconnu.	inconnu.	inconnu	Id.	Philipps.
14	I	M	1		inconnu.	Id.	Id.	Id.	Playfair.
15	I	M	1		N	Id.	Id.	Id.	Alexander.
16	23	P	1		12	inj. s.-cut.	8 gr.	Id.	Fauny.
17	23	P		1	29	lavement.	10 gr.	Id.	Bourdon.
18	27	P	1		2	potion.	8 gr.	Id.	Fauny.
19	22	P	1		6	lavement.	3 gr.	Id.	Fanny.
20	20	P	1		2	potion.	6 gr.	Id.	Fauny.

(1) I veut dire inconnu. — (2) N accès nombreux dont on ignore le nombre. — (3) M accouchements antérieurs multiples, nombre inconnu. — (4) P primipare.

semble utile de les réunir sous forme de tableau, comme nous l'avons déjà fait pour celles où le chloral avait été associé à d'autres agents médicamenteux ; il sera ainsi plus facile de saisir d'un seul coup d'œil les résultats. Nous faisons un tableau distinct du précédent, de telle sorte que les numéros des observations ne répondent pas à ceux du texte ; le n° 1 correspond au n° 17, n° 2 au n° 18, etc. (Voir le tableau ci-contre.)

Si nous faisons maintenant une étude comparative des observations, il sera utile de les diviser en deux groupes ; dans le premier, nous rangerons les cas où les accès ont *débuté après l'accouchement*, le second comprendra ceux où le *début a eu lieu pendant le travail*. C'est qu'en effet ces cas n'ont pas la même gravité ; quand l'éclampsie survient après l'expulsion du fœtus, elle a, en général, un pronostic beaucoup moins sérieux que quand les accès surviennent pendant le travail. Il est très-habituel dans le premier cas de voir la guérison survenir spontanément ; nous n'en voulons d'autre preuve que ce fait bien connu, à savoir que dans les cas d'éclampsie, il est de règle de hâter autant que possible l'accouchement, et si le col est assez dilaté pour le permettre, d'intervenir activement. Cette intervention constitue un des modes de traitement de l'éclampsie, et certainement une des méthodes les plus utiles, et qui donne le plus de succès. Il résulte de tout ce qui précède, que les cas où l'éclampsie débute après l'accouchement ont une importance moins grande au point de vue de la valeur du chloral, que ceux où elle survient avant. Or, sur 20 observations, l'éclampsie a débuté après l'accouchement dans 8 cas (obs. 1, 3, 4, 5, 9, 10, 13 et 17 du tableau). Cependant cela ne veut pas dire que ces observations soient dénuées de toute valeur pour établir l'efficacité du traitement par le chloral. Admettons, en effet, que dans tous ces cas la maladie eût guéri spontanément ; comment les choses se seraient-elles passées ? En général, les accès diminuent d'abord d'intensité, aux crises violentes avec perte de connaissance et phénomènes de coma, en succèdent d'autres, moins intenses et plus rares, de sorte que peu à peu la maladie semble s'user et disparaît. Or, telle n'est pas la marche que suit l'éclampsie dans les observations précédentes ; c'est presque tou-

jours brusquement, après l'administration d'une dose suffisante de chloral qu'on voit cesser les accès, et si souvent on continue l'usage du médicament, c'est uniquement par mesure de prudence. Il faut donc accorder une grande influence au chloral, sinon sur l'issue définitive de l'affection, tout au moins sur la rapidité de la guérison et la disparition des convulsions.

Sur les 36 observations que nous avons réunies, nous avons successivement écarté de la discussion définitive les 16 premières, dans lesquelles le chloral hydraté n'a pas été employé seul, puis les 8 où l'eclampsie a débuté après l'accouchement ; il ne nous reste donc que 12 observations (2e tableau : 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20). Ces faits présentent toute la valeur désirable ; on y rencontre : violence et fréquence des accès, début pendant le travail, emploi du chloral hydraté comme unique moyen de traitement ; or, dans ces 12 cas, la terminaison est favorable. Il nous semble inutile de revenir ici sur les particularités des observations, pour montrer comment s'est produite l'action salutaire du chloral. Plusieurs malades, au moins celles que nous avons eues sous les yeux, étaient dans un état désespéré, de sorte qu'il faut bien admettre l'efficacité de ce moyen de traitement.

Nous voulions établir, et cela par l'étude de faits cliniques rigoureusement observés, que le chloral hydraté est, dans l'état actuel de la thérapeutique, le meilleur moyen de traitement de l'éclampsie puerpérale, l'agent le moins infidèle, nous croyons avoir porté la conviction dans l'esprit de nos lecteurs. Cependant, nous devons le dire, la statistique nous paraît jusqu'ici trop favorable, et nous avons la presque certitude qu'à mesure que l'emploi de cette substance se généralisera, que les cas deviendront peu nombreux, on constatera des insuccès ; mais nous avons l'espoir qu'ils resteront toujours rares. C'est qu'en effet l'hydrate de chloral n'est pas un agent spécifique, il ne constitue qu'un traitement palliatif, ainsi que nous chercherons à l'établir quand nous étudierons ce que l'on sait de son mode d'action.

Indications. Contre-indications.—Ce que nous avons dit de l'action salutaire de l'hydrate de chloral suffit pour bien établir

qu'il est manifestement indiqué dans tous les cas d'éclampsie, c'est là une vérité, pour nous, bien démontrée ; mais l'est-il en dehors des accès, en dehors de la maladie confirmée?

Toute femme enceinte, atteinte d'œdème et d'albuminuerie, surtout si elle est nerveuse, irritable, facilement impressionnable par la douleur, est exposée à voir éclater des accès éclamptiques pendant sa grossesse, et surtout au moment du travail ; résulte-t-il de là qu'on doive employer le chloral dans tous les accouchements où se trouvent réunies ces conditions? D'après ce que nous avons établi dans un précédent travail (1), et c'est également l'opinion de MM. Lambert (2), Bourdon (3), Franco y Mazora (4), Pellissier (5), Fauny (6), et de plusieurs autres auteurs, nous serions assez porté à le conseiller ; mais, comme beaucoup de nos grands accoucheurs répugnent à l'emploi des anesthésiques dans les cas ordinaires, nous allons chercher à établir s'il existe des phénomènes propres à faire prévoir l'accès d'éclampsie, et suffisants pour indiquer la nécessité d'un traitement préventif. Si oui, le chloral remplit-il cette indication?

Dans la plupart des cas, l'éclampsie ne débute pas brusquement par une convulsion, celle-ci est précédée de phénomène subjectifs qui en font craindre l'apparition. On constate une céphalalgie violente, frontale, accompagnée de bourdonnements d'oreille et d'hallucinations de la vue. En même temps la malade est agitée, souvent elle éprouve des crampes dans les membres, des douleurs vagues dans les muscles, etc. Dans ces conditions, l'accès est à craindre, et nous n'hésiterions pas à employer le chloral hydraté. Jusqu'à ce jour, cet usage s'est peu répandu, et nous ne connaissons qu'une observation communiquée par M. Bourdon (7) à la Société médicale des hôpi-

(1) *Annales de gynécologie.* mai 1875.
(2) *Edinburgh med. Journ.*, 1772.
(3) *Société de thérap.*, 1873.
(4) *Thèse inaug.*, 1873.
(5) *Thèse inaug.*, 1873.
(6) *Thèse inaug.*, 1874.
(7) *Soc. méd. des hôp.*, 1873.

taux. Dans ce cas, il s'agissait d'une jeune femme, chez laquelle, depuis trois jours, on constatait des prodromes d'éclampsie ; au moment du travail, ces symptômes devinrent plus violents ; M. Bourdon prescrivit l'emploi du chloral, et il ne survint aucun accident ; pour notre cher maître, l'éclampsie était imminente, et il croit qu'elle fut enrayée par le médicament. Il paraît donc bien établi que le chloral doit non-seulement être employé dans tous les cas d'éclampsie confirmée, mais encore chaque fois qu'on peut redouter l'invasion de la maladie.

Existe-t-il dans les cas d'éclampsie des contre-indications du chloral ? Nous ne croyons pas que la manière d'être de la maladie, si bénigne soit-elle, puisse faire négliger cet utile traitement. Mais il peut y avoir, chez certaines femmes, des conditions qui s'opposeraient à l'administration du chloral, certaines maladies par exemple. Nous n'avons pas à entrer ici dans cette étude qu'on trouvera faite tout au long dans les traités de thérapeutique, et dans les nombreuses monographies du chloral hydraté.

Mode d'administration. — Dans notre précédent travail, nous avons longuement discuté les diverses voies par lesquelles l'hydrate de chloral peut être administré (1), nous ne rentrerons pas dans cette discussion, et nous nous bornerons ici à mentionner certaines particularités qui peuvent se rencontrer dans le traitement de l'éclampsie.

Dans les cas d'éclampsie, il est moins facile de donner le chloral par la bouche que dans l'accouchement naturel, la cause en est dans le trismus qu'on trouve si souvent pendant l'accès ; il faudra donc, dans ces circonstances, avoir le plus souvent recours à l'usage des lavements, qui offrent l'avantage de pouvoir être donnés pendant la durée de l'accès, et de produire une absorption plus rapide du médicament. Les suppositoires dont nous parlions dans l'accouchement naturel, et quoique nous trouvions leur usage signalé dans plusieurs, nous paraissent tout à fait insuffisants (Voy. 1er tableau, obs. 3, 12 et 13).

(1) *Ann. de gyn. Loc. cit.*

Reste la méthode hypodermique et les injections dans les veines. A propos des injections sous-cutanées, employées pour provoquer l'anesthésie chloralique dans l'accouchement naturel, nous disions qu'elles nous paraissaient devoir être repoussées comme trop dangereuses, et, raison de plus, les injections intra-veineuses. Nous nous garderions bien d'être ici aussi exclusif : en présence d'une affection aussi grave que l'éclampsie, surtout quand les accès sont devenus très-fréquents et très-violents, qu'on se trouve appelé auprès d'une femme prise déjà depuis longtemps, il ne faudrait pas hésiter à employer ces moyens énergiques. Bien que les injections hypôdermiques soit destinées à produire des phlegmons consécutifs, et surtout dans les cas où la malade se trouve dans des conditions très-favorables à la suppuration, c'est à elle que nous donnerions la préférence. Nous admettons cependant que dans quelques circonstances où l'on voudrait produire un effet immédiat, il soit permis d'avoir recours aux injections intra-veineuses, mais il faut alors avoir à sa disposition un appareil électrique à courants induits pour pouvoir y recourir au besoin. Cependant je n'employerais ce moyen que dans certains cas bien déterminés pour me mettre autant que possible à l'abri d'une action directe sur l'endocarde, déjà si nocible dans l'état puerpéral.

Doses. — Fixer les doses d'une manière absolue, est tout à fait arbitraire et impossible ; elles varient, en effet, avec la tolérance des malades et la violence des accès. On doit cependant commencer par une dose un peu forte, surtout si les accès sont rapprochés de manière à agir puissamment et vite ; après le premier calme et si les crises ne reparaissent pas, on peut se contenter de faire donner quelques doses légères qu'on continuera pendant vingt-quatre heures environ pour se mettre en garde contre les retours possibles du mal. Si, au contraire, de nouveaux accès se produisent, il faut recourir encore à des doses massives, et ne procéder par petites doses qu'après la cessation complète des paroxysmes.

En lavement, on peut toujours commencer par une première dose de 2 grammes, à répéter au bout de dix minutes, donc 4 grammes. Par la bouche, on doit donner au moins 3 grammes

d'emblée pour continuer par grammes de quart d'heure en quart d'heure. La dose qu'on doit employer dans une attaque violente, s'élève, en général, de 8 à 12 grammes. Par les injections sous-cutanées ou intra-veineuses, elle est à peu près la même.

En résumé, il importe de faire prendre rapidement au moins 4 grammes de chloral.

Mode d'action. — Jusqu'ici les auteurs se sont bornés à enregistrer les résultats cliniques, sans rien dire du mode d'action du chloral dans ces cas ; c'est qu'en effet, en dehors de toute donnée expérimentale bien établie, il est impossible de rien dire de certain, et il faut rester dans le domaine des hypothèses. Il en est une cependant qui paraît assez probable et qu'il est permis d'exposer en attendant que des recherches positives soient venues la confirmer ou l'infirmer. Dans beaucoup de cas, l'éclampsie paraît pouvoir être considérée comme une attaque d'urémie aiguë, due à l'albuminurie. Or, dans de telles circonstances, le plus grand danger existe pendant l'accès lui-même, et si l'on parvient à supprimer cet accès, le danger imminent cesse ; le chloral supprime l'accès. La répétition des accès est de même empêchée en maintenant la malade sous l'influence prolongée du chloral. Cependant, s'il s'agissait d'une urémie persistante, le danger reparaîtrait tout entier, quand l'action du médicament cesse ; mais il s'agit d'une albuminurie essentiellement transitoire, d'une albuminurie qui, dans presque tous les cas, diminue très-rapidement après l'accouchement. Dans de telles conditions, le chloral, modifiant la sensibilité et l'irritabilité réflexe, fait cesser les accès convulsifs, mettant ainsi les malades à l'abri du danger immédiat, en même temps qu'il permet d'atteindre l'époque de la délivrance, de passer les heures suivantes pendant lesquelles l'urée en excès s'élimine, et tout danger disparaît.

Résumé. — Arrivé à la fin de cette courte revue, nous devrons conclure, avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question, que l'hydrate de chloral est de tous les agents médicamenteux employés jusqu'à ce jour pour combattre l'éclampsie puerpérale, celui qui a donné les résultats les plus favora-

bles. D'un emploi facile et nullement dangereux, il peut être appliqué à tous les cas, aussi bien aux plus légers qu'aux plus graves ; disons même plus, qu'il est indiqué toutes les fois que des symptômes précurseurs peuvent faire redouter l'invasion de l'éclampsie. Mais c'est à la condition seulement d'être employé à dose suffisante, que le chloral donne ces heureux résultats, d'où le précepte de ne pas hésiter à l'employer à dose assez élevée, surtout au début du traitement. De plus, il faut en prolonger l'usage assez longtemps après la fin des accidents convulsifs.

En se conformant à ces règles, nous sommes convaincu qu'on verra l'éclampsie guérir bien plus souvent, et qu'on diminuera ainsi une des causes de mort après l'accouchement, une de celles qui est, à juste titre, la plus redoutée des familles.

REVUE CLINIQUE

INVERSION A LA SUITE DE L'EXPULSION D'UN POLYPE

Par le Dr Edouard Martin
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'inversion utérine complète survenant à la suite de l'expulsion d'un polype sans être un fait absolument rare, n'est pas cependant d'une grande fréquence. L'observation suivante nous paraît remarquable surtout à cause des difficultés que présentait le diagnostic; difficultés sur lesquelles a insisté déjà Malgaigne, M. Guyon (1), M. Courty (2) et dernièrement M. Vallette, de Lyon.

Polypes fibreux de l'utérus. — Inversion utérine. — Extraction d'un polype. — Infection purulente. — Autopsie. — (Observation recueillie dans le service de M. Odier, chirurgien en chef de l'hôpital de Genève, par M. Fischer, interne de service.)

(1) F. Guyon. *Des tumeurs fibreuses de l'utérus.* Thèse d'agrégation 1865 pp. 85-88.
(2) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, pp. 905-908-909.

Mme D..., âgée de 46 ans, entrée le 16 novembre 1875.

Antécédents. — Menstruation à 14 ans. Dès lors assez régulière, non douloureuse, peu abondante. Cinq grossesses normales, la dernière à l'âge de 29 ans. Tous les enfants vivent. Après le dernier accouchement les règles ne revinrent plus que tous les quatre à cinq mois, peu abondantes. Depuis dix-huit mois la menstruation est plus abondante; le sang est mêlé de caillots. La malade remarque que son ventre augmente de volume depuis cette époque. Insensiblement les règles se rapprochent; elles sont douloureuses le deuxième jour, accompagnées de coliques abdominales et de douleurs dans les jambes. Les époques menstruelles se rapprochent de plus en plus. Depuis trois semaines perte continuelle de sang fétide, et douleurs abdominales. Le 12 novembre, douleurs rappelant celles de l'accouchement et durant trois jours. Le 15, au matin, les douleurs redoublent, et le 16, à une heure du matin, la malade sent tout à coup un corps volumineux qui s'échappe de la vulve avec du sang en abondance à la suite d'atroces douleurs.

M. le Dr Mégevaud, appelé auprès de la malade, la fait transporter à l'hôpital, où elle entre à onze heures du matin.

Facies exprimant la douleur et l'épuisement. On constate à la vulve la présence d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant.

Cette tumeur est arrondie, à large base; elle a une consistance ligneuse et répand une odeur infecte; la muqueuse qui la recouvre est ramollie, sanieuse, d'un brun noirâtre. Le doigt porté dans le vagin au-dessus de la tumeur arrive partout dans un cul-de-sac dont les parois se continuent, d'une part, avec la tumeur, d'autre part, avec la paroi vaginale sans qu'on trouve rien qui ressemble au col. A droite et à gauche, on sent distinctement deux cordes tendues allant vers les parois latérales du bassin. Le vagin est raccourci uniformément. Par le toucher rectal on sent une tumeur dans le vagin, et en portant le doigt très-haut on rencontre au-dessus de la tumeur le bec d'une sonde introduite dans la vessie. On admet l'existence d'une *inversion utérine occasionnée par la sortie et l'expulsion d'un polype fibreux.*

M. Odier se décide alors à inciser longitudinalement la muqueuse qui recouvre la tumeur, et énuclée avec les doigts sans traction violente et sans difficulté le polype. Hémorrhagie presque nulle. Ni lui ni M. J. Reverdin, chirurgien adjoint de l'hôpital, ne perçoivent alors l'existence d'un second polype. On repousse ensuite dans le vagin l'utérus inversé, mais sans réussir à le réduire. Après la rentrée de la tumeur dans le vagin, on examine cette cavité et l'on constate qu'elle est remplie par une tumeur molle que l'on reconnaît pour être elle qui a été réduite, grâce aux débris de muqueuse retrouvés sur

les parois latérales. A son centre la tumeur présente un point moins résistant qui fait craindre un commencement de perforation.

Soir. T. 38,7.

17 novembre. Cette nuit : vomissements, hoquets ; abdomen volumineux, sonore, douloureux ; langue bonne ; intelligence nette ; facies abattu. Par le toucher on sent au fond du vagin une tumeur volumineuse, pyriforme, à surface molle, qu'on considère comme l'utérus inversé. — Glace, vin de Champagne, consommé ; vessie de glace sur le ventre. T. 37°. P. 132. Soir, T. 37,5. Injections phéniquées toutes les trois heures.

Le 18. T. matin, 36,8 ; T. soir, 38,5. Vomit tout, excepté le champagne ; hoquets ; douleurs abdominales. Ecoulement fétide.

Le 19. T. m.. 38,3 ; T. s., 38,8. Constipation ; un petit frisson suivi de sueurs.

Le 20. T. m., 38,8 ; T. s., 38,6. Teint jaunâtre ; le hoquet continue ; abdomen moins tendu, moins douloureux.

Le 21. T. m., 39° ; T. s., 38,8. Diarrhée ; hoquet persistant ; abdomen souple, toujours douloureux à la pression. Ecoulement brunâtre très-fétide ; le facies est un peu meilleur ; la langue bonne.

Le 22. T. m., 38° ; T. 39,5. Hoquets persistants ; deux frissons suivis de sueurs ; la douleur abominale a notablement diminué.

Le 23. T. m., 39° ; T. s. 39,6. Vomissements jaunâtres et alimentaires. L'abdomen est moins douloureux à la pression, les hoquets et la diarrhée ont cessé ; face grippée.

Le 24. T. m., 39° ; T. s., 39,5. La malade se plaint de souffrir au niveau des poignets.

Le 25. T. m., 39,2 ; T. s., 39,8. La diarrhée a reparu.

Le 26. T. m., 39° ; T. s., 40°. L'articulation de l'épaule est douloureuse ; diarrhée fétide ; urines involontaires ; écoulement vaginal toujours très-fétide.

Le 27. T. m., 38° ; T. s., 40°. Ecoulement abondant de pus de bonne nature avec débris de muqueuse par le vagin comme si un abcès s'était ouvert dans son intérieur.

Le 28. T. m., 38,3 ; T. s., 40°. La malade dit aller mieux ; le ventre n'est plus douloureux, ni spontanément, ni à la pression. Les deux membres supérieurs sont le siége d'un œdème douloureux qui remonte jusqu'au milieu des bras et a débuté par une rougeur et un gonflement limités au niveau des poignets.

Le 29. T. m., 38,5 ; T. s., 40°. Les deux bras sont gouflés, douloureux. Hier au soir un petit frisson. Ce matin sueurs profuses.

Le 30. T. m., 38,2 ; T. s., 40°. Ecoulement abondant de pus par la vulve. Au toucher on constate que le vagin n'est plus rempli par la tumeur et l'on croit à une réduction partielle, mais en portant le doigt

en arrière et en haut on sent la cavité vaginale occupée par une petite tumeur.

1er décembre. T. m., 38,5; T. s., 39°. Sueurs profuses; la malade souffre peu, mais maigrit, jaunit, perd ses forces.

Le 2. T. m., 38,8; T. s., 39,8. Frissons répétés.

Le 3. T. m., 38°; T. s., 39,3. Id.

Le 4. T. m., 38°; T. s., 38,5. Sueurs profuses.

Le 5. T. m., 38,8; T. s.. 39,5.

Le 6. T. m., 38°; T. s., 40. Fluctuation sur le dos de la main gauche et à la face dorsale de l'avant-bras gauche. On fait deux incisions qui donnent issue à une quantité considérable de pus.

Le 7. T. m., 38,5; T. s. 39,8.

Le 8. T. m., 38,3; T. s., 39,5.

Le 9. T. m., 38°; T. s., 40°.

Le 10. T. m., 38°; T. s., 39°. Il s'est formé à la main droite deux abcès qui se sont ouverts spontanément.

Le 11. T. m., 38,5; T. s., 40°. La malade se plaint de douleurs dans le genou et le pied droits.

Le 12. T. m., 38,3; T. s., 40,5. La jambe droite est œdématiée; la malade a eu du délire pendant la nuit. Ce matin délire tranquille dont on la tire facilement en la questionnant; la peau de l'avant-bras est décollée dans une grande étendue; les tendons des extenseurs sont à nu sur le dos de la main.

Le 13. Mort à six heures du matin.

Autopsie le 14 à neuf heures du matin.

Pas de rigidité cadavérique. En incisant la paroi abdominale, on ouvre un abcès sous-cutané situé au-dessous de l'appendice xiphoïde et contenant environ 30 gr. de pus.

Cavité abdominale. — Le péritoine est sain dans les trois quarts supérieurs de la cavité abdominale. Dans le bassin, on trouve de la péritonite avec exsudat purulent. Les lésions sont limitées à la moitié postérieure de la cavité pelvienne, en effet, en arrière de l'utérus, se trouve une cavité renfermant du pus, limitée en arrière par le rectum, et fermée en haut par une anse d'intestin grêle qui adhère à l'utérus. Cette cavité communique avec la cavité utérine par une perforation du fond de la paroi postérieure de l'utérus pouvant présenter la circonférence d'une pièce de vingt sous.

Les intestins qui occupent le petit bassin et la fosse iliaque droite sont agglutinés par des adhérences récentes vasculaires, faciles à décoller. Ces néomembranes sont en plusieurs points infiltrées de pus.

Utérus. — En ouvrant le vagin par la face postérieure, on voit sortir de l'orifice du col une tumeur pyriforme du volume d'un petit œuf de poule. Le col est presque complètement effacé et dilaté de manière

à ne former dans le vagin qu'une petite saillie circulaire, membraniforme; son bord libre s'applique étroitement sur la tumeur.

Une partie de la paroi postérieure de l'utérus et de son fond ont été éliminés; les bords de la perte de substance sont irréguliers, amincis, noirâtres, d'aspect gangréneux.

La tumeur pyriforme qui fait saillie dans le vagin s'insère par un pédicule de 4 cent. de long à l'angle droit de l'utérus, immédiatement au-dessous de l'orifice de la trompe droite. Les angles de l'utérus et l'origine des trompes sont invaginés dans la cavité utérine, ce qui prouve bien que le fond de l'utérus était inversé avant d'avoir été éliminé.

La muqueuse utérine est ramollie, noirâtre; les sinus veineux sont remplis d'un pus rougeâtre.

Poumons. — Œdème généralisé dans les deux poumons. Dans le lobe supérieur du poumon gauche il existe un abcès du volume d'un pois, entouré d'une zone du volume d'un œuf, dans laquelle le tissu pulmonaire est solidifié et grisâtre. Congestion dans le lobe inférieur.

Dans le poumon droit, on trouve une veine pulmonaire du volume d'une plume de corbeau, présentant un caillot dans son intérieur; ce caillot est ferme, à surface grenue, peu adhérent. Il part des fines ramifications veineuses et se termine du côté du cœur par une extrémité arrondie.

Cœur et artères. — Plaques athéromateuses sur les valvules et le long de l'aorte; muscle cardiaque ferme, un peu décoloré, valvules suffisantes.

Veines. — Caillot moitié fibrineux, moitié cruorique dans la veine iliaque droite, provenant des veines musculaires des adducteurs et de la veine fémorale profonde. Coagulations récentes dans les veines axillaires et la fémorale gauche. Les reins, le foie, la rate, ne présentent rien de particulier.

L'existence d'une perte de substance au fond de la cavité utérine ne peut être attribuée, dans ce cas, aux manœuvres tentées pour extraire le polype comme dans les faits signalés par MM. Tillaux et Gueniot à la Société de chirurgie.

La combinaison du cathétérisme vésical et du toucher rectal pratiqués suivant les préceptes que Malgaigne a formulés dans sa thèse, ont été d'un grand secours pour assurer le diagnostic de l'inversion utérine.

Cette inversion était-elle complète au moment de l'extraction du premier polype? c'est ce qu'il nous paraît difficile de déterminer exactement. L'existence d'un second polype méconnu

pendant la vie et retrouvé à l'autopsie nous paraît plaider en faveur de l'inversion incomplète, quoique les signes physiques, l'impossibilité de sentir le col, la continuation directe de la tumeur avec les parois vaginales semblent plutôt en rapport avec une inversion complète.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Fœtus dont la tête a été écrasée entre deux tumeurs du placenta. — M. Coudereau présente un fœtus dont la tête a été écrasée entre deux tumeurs du placenta.

Une femme enceinte de quatre mois a fait une fausse couche.

En examinant le fœtus, je remarque que la tête a subi une déformation bizarre. Elle est d'abord aplatie latéralement, suivant la direction de la suture sagittale. Puis un second pli vertical, du côté gauche, perpendiculaire au premier, s'est formé d'avant en arrière. Enfin, un troisième pli horizontal, n'intéressant que la partie antérieure, incline le sommet de la tête vers le côté gauche.

Il en résulte une grande anfractuosité pyramidale où l'on remarque, dans le pli horizontal, l'œil gauche, et à la partie inférieure du pli vertical, l'oreille gauche.

Du côté droit, le pariétal, que les plis précédents n'intéressent point, présente à sa partie antéro-supérieure une dépression également pyramidale.

Le cordon est atrophié à son extrémité ventrale. Le fœtus est mort et infiltré d'une sérosité jaunâtre gélatiniforme. Sa mort me paraît devoir être attribuée exclusivement à l'atrophie du cordon.

Le placenta fut expulsé 36 heures après le fœtus. Il présente à sa face fœtale deux tumeurs pyramidales : l'une, plus petite, au centre: le cordon est inséré sur sa base.

La seconde tumeur, peu éloignée de la première, se trouve près de la circonférence, sur un point qui était inséré près d'une des cornes utérines.

Si on place la tête du fœtus entre ces deux tumeurs, on voit que la plus petite s'adapte très-exactement à la dépression qui occupe le pariétal droit; la grosse tumeur également bien à l'anfractuosité qui est formée par tout le côté gauche de la tête, et celui-ci rempli exactement l'espace laissé libre entre les deux tumeurs.

Il n'y a donc aucun doute sur le mécanisme qui a produit cette déformation chez le fœtus que je vous présente.

Reste à examiner la nature des tumeurs du placenta. Avant de procéder à cette étude, j'ai pensé devoir vous présenter intactes les deux pièces, qui montrent d'une façon si claire et si probante le mécanisme de l'écrasement de la tête fœtale dans le cas dont il s'agit.

J'aurai l'honneur de soumettre ultérieurement à la Société le résultat de l'examen qui sera fait des pièces qui sont l'objet de ma communication actuelle. (*Séance du 29 janvier* 1876.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Diagnostic différentiel des kystes séreux sous-péritonéaux et des kystes ovariques. — M. Kœberlé entretient la Société du diagnostic différentiel des kystes séreux sous-péritonéaux et des kystes ovariques, basé spécialement sur les caractères de leur contenu liquide

Ces kystes, dit-il, naissent, comme tout le monde sait, dans des organes divers et peuvent provenir non-seulement des ovaires, mais encore de la matrice, de la trompe, du ligament large, même des reins. Ces derniers, il les mentionne seulement pour mémoire, car ils sont fort rares, et trahissent d'emblée leur origine par leur composition chimique spéciale; quant aux autres, quoique développés dans des organes différents, ils réalisent parfois des conditions anatomiques tellement semblables, qu'il est fort difficile, sinon impossible, avant la ponction, de dire à quelle espèce ils appartiennent.

Les propriétés physiques, même des liquides extraits, peuvent être tellement pareilles, qu'il n'est pas davantage possible de se prononcer : il s'agit bien entendu des kystes à contenu liquide d'aspect plus ou moins aqueux. Dans ces cas, l'examen chimique constitue le dernier recours, et heureusement, car cela importe au point de vue opératoire. il tranche la difficulté le plus souvent.

Il repose sur la présence ou l'absence dans ces liquides de composés albumineux, albumine, métalbumine et surtout paralbumine qui est le corps qui s'y trouve dans la plus forte proportion.

L'albumine, comme vous le savez, précipite par l'acide nitrique, et le précipité se maintient et même augmente par l'addition de l'acide acétique.

Le paralbumine précipite aussi par l'acide nitrique, mais (caractère distinctif) le précipité se redissout par l'action de l'acide acétique.

Quant à la métalbumine, elle existe dans ces liquides en proportion si faible, qu'il est inutile d'en tenir compte.

Or les kystes paraovariques ou du ligament large ne contiennent d'habitude aucun composé albumineux; leur liquide est de l'eau plus ou moins salée, semblable à de l'eau de roche et ne se trouble pas quand on y verse les acides indiqués.

Les kystes de l'ovaire, au contraire, fournissent un liquide chargé d'albumine et surtout de paralbumine. Le précipité obtenu par l'acide nitrique se dissout partiellement ou totalement par l'addition d'acide acétique.

Les kystes de la trompe, enfin, ne contiennent que de l'albumine et pas de paralbumine; le coagulum, produit par l'acide nitrique, au lieu de se dissoudre par l'acide acétique, augmente plutôt.

Lorsque ces réactions sont tranchées, elles sont concluantes et permettent jusqu'à un certain point d'affirmer qu'on a affaire à telle variété de kyste. Cependant il est des cas, exceptionnels il est vrai, où elles sont peu nettes et induisent même en erreur : ainsi il s'est déjà rencontré des kystes du ligament large, dont le liquide contenait des traces d'albumine, ce qui prêtait à les confondre avec les kystes de la trompe; d'autres fois le liquide du kyste ovarique a contenu si peu d'albumine et de paralbumine, qu'on était tout porté à prendre la tumeur pour un kyste paraovarique.

On voit par là, une fois de plus, qu'il n'y a rien d'absolu dans la nature; néanmoins ces exceptions, qui sont très-rares, ne font pour ainsi dire que confirmer la règle.

M. Kœberlé exécute devant la Société, sur des liquides fraîchement extraits de kystes divers, une série de réactions chimiques très-nettes et très-caractéristiques, qui confirment pleinement ce qu'il vient d'avancer.

La difficulté qui existe au sujet du diagnostic de l'espèce de kyste tant que la ponction fournit un liquide plus ou moins mince, est levée dès que le trocart donne un liquide épais, glutineux, ou un liquide gras tenant en suspension des détritus d'épiderme et des cheveux. Tous les kystes qui fournissent de pareils produits appartiennent à l'ovaire : les uns sont des *kystes colloïdes*, et leur contenu est ordinairement incoagulable par la chaleur et l'acide nitrique, les autres des kystes *dermoïdes* qui ne contiennent pas non plus de composés albumineux. L'aspect physique de ces liquides suffit pour fixer aussitôt l'opérateur.

Une fois il est arrivé à M. Kœberlé de retirer un liquide *vert* d'une loge d'un kyste multiloculaire. L'analyse faite par M. Ritter, professeur agrégé, y décéla la présence de cuivre en proportion notable. Ce singulier fait n'a pas trouvé son explication.

M. Kœberlé termine sa communication par la lecture du tableau

suivant, qui résume les principaux caractères différentiels de ces kystes.

Kystes séreux sous-péritonéaux.	*Kystes ovariques.*
Toujours uniloculaires.	Uni-multiloculaires.
Liquide très-fluide, ordinairement incolore et limpide comme de l'eau, parfois très-salé, ne contient ordinairement pas d'albumine. Le précipité albumineux formé par l'acide nitrique peut être soluble dans un excès de cet acide.	Liquide fluide, plus ou moins filant, visqueux, glutineux. Ordinairement très-riche en albumine, métalbumine, surtout paralbumine, donnant par l'acide nitrique un précipité soluble par l'acide acétique. Liquide plus ou moins glutineux, parfois entièrement incoagulable par l'acide nitrique et la chaleur, rarement limpide comme de l'eau, à peine mousseux, ne contenant que des traces d'albumine (Kystes colloïdes). Graisse pure, liquide, mucus, amas d'épiderme, cheveux en suspension. (Kystes dermoïdes.) Examiné au microscope, le liquide contient des globules granulés, jaunâtres, caractéristiques des kystes de l'ovaire, de $0^{mm},003$ à $0^{mm},035$, même $0^{mm},060$ de diamètre. Leur enveloppe devient plus apparente sous l'influence de l'acide acétique et de l'acide phosphorique. (*Opérat. d'ovariotomie pratiquée à Strasbourg le* 2 juin 1862, *et Opérat. d'ovariotomie*, Paris, 1865, p. 12.)
Embonpoint, bonne mine le plus souvent, même lorsque la tumeur est volumineuse.	Ordinairement amaigrissement plus ou moins prononcé.
Fluctuation ordinairement très-manifeste.	Fluctuation plus ou moins nette, quelquefois limitée. (Kystes multiloculaires.)
Parois minces.	Parois tantôt minces, tantôt plus ou moins épaisses, consis-

	tantes, dures, bosselées. (Kystes multiloculaires.)
	Parties osseuses (kystes dermoïdes); quelquefois les parties très-dures proviennent d'incrustations calcaires des parois des kystes.
Développement lent, parfois assez rapide.	Développement ordinairement rapide, parfois lent.
Atteignent quelquefois un développement considérable sans devenir adhérents aux organes voisins; parfois petits, très-adhérents.	Ordinairement adhérents dès que le volume est un peu considérable.

(*Séance du 15 novembre 1875. Gaz. méd. de Strasbourg*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Toucher vésico-vaginal et vésico-rectal. — Nouvelle méthode d'exploration, par le docteur Nœggerath. — Simon de Heidelberg a dernièrement attiré l'attention des pathologistes sur un nouveau procédé d'exploration des organes situés dans la cavité abdominale. Ce chirurgien introduit la main et même une partie de l'avant-bras dans le rectum, pénètre dans le côlon et arrive ainsi jusque sur des organes qui avaient échappé jusqu'à ce jour à l'exploration digitale directe. Plus récemment encore, M. Simon a proposé le toucher vésical comme moyen de diagnostic et de traitement des maladies de la vessie chez la femme. Ce procédé, qui avait déjà été mis en usage par Cooper, Huguier et autres chirurgiens, a donné d'excellents résultats et tend de plus en plus à se généraliser.

Un chirurgien américain, M. Nœggerath, vient de publier un intéressant travail sur le toucher vésical appliqué au diagnostic de certaines affections de l'utérus et de ses annexes. Le toucher vaginal et rectal ne permet d'explorer que la partie inférieure et postérieure de l'utérus; la paroi antérieure de l'organe échappe ainsi à l'examen direct et les altérations de structure et les lésions pathologiques qui siégent sur les ligaments larges; les ovaires ou dans le voisinage de ces organes ne peuvent être reconnues, surtout lorsqu'elles sont récentes. Si le doigt pouvait explorer la partie antérieure de l'utérus, on pourrait découvrir un grand nombre de lésions qui échappent habituellement à l'observation la plus attentive.

C'est par une circonstance fortuite que M. Nœggerath est arrivé à

reconnaître les avantages de cette exploration. Ayant eu à soigner une malade pour une affection vésicale très-ancienne, il introduisit sans trop de peine l'index dans la vessie. Pendant qu'il examinait la partie postérieure de cet organe, il remarqua la présence d'une tumeur mobile dont il ne pouvait déterminer la nature. Après un autre examen plus approfondi, il s'aperçut que cette tumeur n'était autre chose qu'un ovaire déplacé. « Je fus moi-même très-impressionné par les sensations nouvelles qui m'étaient révélées. Il me semblait que je touchais l'utérus avec autant de facilité que pendant une autopsie. » Nous donnons du reste un court résumé de la première observation publiée par M. Nœggerath.

Mme L., 53 ans, réglée pour la dernière fois il y a trois ans, se plaint de douleurs en urinant. La miction est lente, difficile, douloureuse et les besoins d'uriner sont extrêmement fréquents. En pratiquant le toucher vaginal, je découvris une tumeur de la grosseur d'une petite noix en avant et à gauche de l'utérus. Je pouvais la saisir entre un doigt introduit dans le vagin et un autre placé au-dessus de la symphyse pubienne.

Cette manœuvre ayant provoqué du ténesme et des envies d'uriner, je crus avoir affaire à une tumeur vésicale et je commençais à dilater l'urèthre au moyen de bougies dont j'augmentais graduellement le volume. Cette opération ne provoquant aucune douleur, j'introduisis, avec assez de facilité l'auriculaire, puis l'index, dans la vessie. L'exploration ainsi pratiquée me fit découvrir une petite tumeur qui semblait être fixée par un pédicule au sommet de la vessie.

Ce premier examen ne m'ayant pas satisfait complètement, je priai la malade de revenir me voir. Quinze jours après, j'introduisis de nouveau mon doigt dans la vessie. La tumeur est toujours à la même place, elle est recouverte d'une membrane muqueuse qui se continue avec celle de la vessie. Les mouvements communiqués à l'utérus, au moyen d'un doigt introduit dans le vagin, se communiquent à la tumeur, et, en prolongeant l'examen, j'arrive à sentir distinctement un pédicule qui la relie à la corne gauche de la matrice. Il n'y avait plus à en douter, la tumeur en question n'était autre chose qu'un ovaire malade et déplacé.

M. Nœggerath rapporte ensuite plusieurs autres observations dans lesquelles il a pratiqué le toucher vésical, pour explorer soit la vessie, soit l'utérus. Il a pu ainsi explorer la face antérieure de l'utérus et quelquefois même les annexes de cet organe. Dans plusieurs cas il est arrivé à sentir très-distinctement les trompes de Fallope et les ovaires.

Ce nouveau procédé d'exploration peut rendre de véritables services mais sa sphère d'utilité est cependant limitée. Son emploi doit être réservé pour les cas où l'examen vaginal et rectal pratiqué par un

spécialiste expérimenté n'aura pas été suffisant pour établir le diagnostic. L'auteur résume ainsi les indications :

1° Le toucher vésico-vaginal peut être employé pour le diagnostic des tumeurs situées dans le tissu ou dans le voisinage de l'utérus; les cas où les tumeurs du bassin sont d'un trop petit volume pour être reconnues par les méthodes ordinaires d'exploration ne sont pas rares;

2° Pour compléter le diagnostic des déplacements de l'utérus;

3° Dans les cas où l'on suppose une absence congénitale ou une malformation de l'utérus. Il sera, en effet, facile de reconnaître le volume et la forme exacte de cet organe en introduisant un doigt dans la vessie et l'autre dans le rectum;

4° Le toucher vésico-rectal peut encore être utile lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une grossesse peu avancée en fournissant des données certaines sur le volume, la consistance et la situation de l'utérus. Il permettra également de diagnostiquer de bonne heure les grossesses extra-utérines;

5° Dans les cas d'amputation totale ou partielle du col, le doigt introduit dans la vessie protégera utilement cet organe en servant de guide au chirurgien. Ce procédé avait déjà été employé par Huguier, puis par Pippingsköld. Ce dernier chirurgien a publié quatre cas dans lesquels le toucher vésical avait rendu d'incontestables services. (Beitrage zur Gebursthülfe und Gynækologie, vol. II, sect. 2. Berlin, 1874);

6° Enfin le toucher vésico-vaginal pourra être très-utile pour le diagnostic des tumeurs hétéro-plastiques du col de l'utérus; il fournira des indications précieuses pour le chirurgien en donnant une idée précise du siége et de l'étendue de la tumeur.

M. Nœggerath donne ensuite les détails du *modus operandi*. Le rectum et la vessie sont préalablement vidés. La malade est placée dans la position sacro-coccygienne, les cuisses fléchies sur l'abdomen. Lorsque l'urèthre est suffisamment dilaté, l'index de la main gauche est introduit dans la vessie, tandis que celui de la main droite est introduit dans le vagin ou le rectum, selon les circonstances. Si l'utérus est dans la position normale, le doigt, ainsi introduit dans la vessie, rencontrera l'utérus un peu au-dessus de la partie antérieure du col.

Lorsqu'on désire explorer le col ou des tumeurs situées dans son voisinage, il n'est pas nécessaire de déplacer l'utérus; mais si l'on veut examiner la partie supérieure et antérieure de cet organe, il faut le porter en avant à l'aide d'une sonde introduite dans le col. Dans les cas où l'on veut pousser l'exploration jusque sur les ligaments larges, les trompes de Fallope, il est nécessaire, non-seulement de déplacer l'utérus en avant, mais encore de lui imprimer des mouvements de

latéralité, c'est-à-dire de le porter tantôt à droite, tantôt à gauche. Cette opération peut être accomplie avec l'aide du redresseur utérin. Il est prudent d'injecter dans la vessie une solution très-faible d'acide phénique après avoir terminé l'examen.

Différents procédés peuvent être employés pour donner à l'urèthre le degré de dilatation nécessaire à l'introduction du doigt. On peut arriver à ce résultat brusquement, au moyen des différents dilatateurs, ou graduellement à l'aide des sondes dont on augmente progressivement le volume, ou des laminaria. M. Nœggerath a remarqué que la réaction qui suit la dilatation uréthrale dépend moins du procédé employé que de certaines circonstances générales ou locales, telles que la santé générale, le plus ou moins de résistance des malades, l'élasticité et la délicatesse (vulnerability) des parties. Lorsque la malade est très-sensible ou que la dilatation précède une opération chirurgicale, il vaut mieux la pratiquer brusquement pendant l'anesthésie. Lorsque la personne est moins sensible et qu'on a le temps nécessaire, il est préférable d'avoir recours à la dilatation graduelle. Dans les cas où l'urèthre est le siége d'une sensibilité excessive et lorsqu'il existe des symptômes de périmétrite ou de catarrhe vésical le procédé a moins d'importance, car la dilatation sera toujours suivie d'une réaction plus ou moins intense. Cette réaction ne s'est du reste jamais présentée avec des caractères graves. On a observé tantôt de la rétention d'urine, tantôt de la micturition avec sensation de chaleur et de brûlure dans l'urèthre et la vulve. La dilatation et le toucher ont quelquefois été suivis de catarrhe vésical ; dans des cas beaucoup plus rares, on a observé des douleurs abdominales intenses et même la reproduction d'une nouvelle attaque de périmétrite.

Comme on le voit, le procédé de M. Nœggerath présente quelques inconvénients. Il ne nous paraît pas cependant de nature à décourager les gynécologistes, surtout si l'on considère que cette méthode d'exploration a été employée dans treize cas sans produire des accidents graves. Nous ferons remarquer en terminant que la nouveauté du procédé proposé par le chirurgien américain consiste, non pas dans le toucher vésical, mais dans l'application de ce toucher à l'exploration de l'utérus et de ses annexes. Nous engageons, du reste, les praciens qui s'intéressent particulièrement à ce sujet à consulter l'excellent mémoire que M. le professeur Herrgott a publié dans les *Annales de Gynécologie* (numéro de janvier) et dans lequel ils trouveront exposés avec le plus grand soin les nouveaux moyens de diagnotic et de traitement des maladies de la vessie chez la femme.

Dr Lutaud.

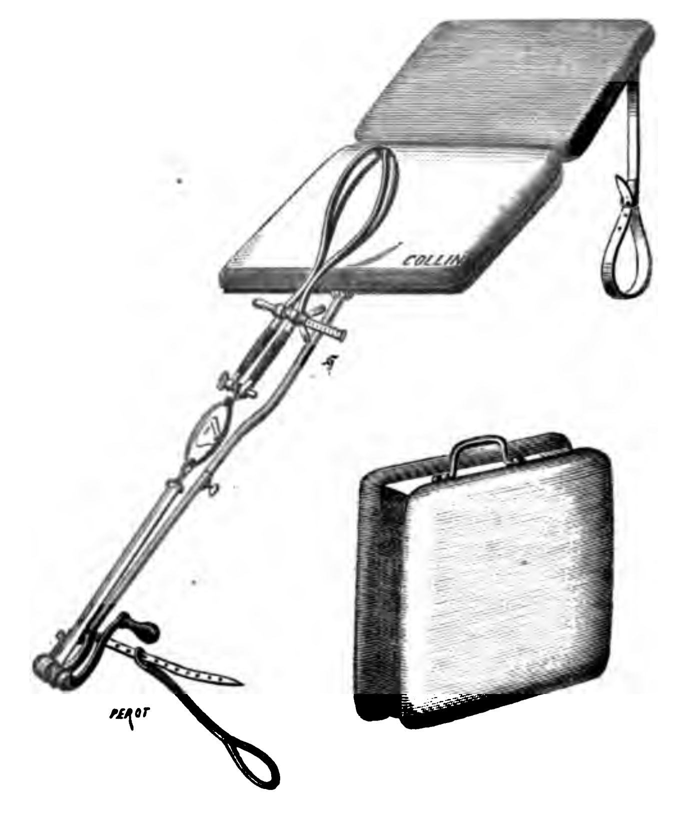
CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. Pros, de La Rochelle, les deux lettres suivantes, l'une nous est adressée personnellement et contient quelques appréciations sur la méthode préconisée par notre distingué confrère ; la seconde est adressée à M. le professeur Pajot.

Nous faisons suivre cette seconde lettre de la réponse de M. Pajot.

Monsieur le Rédacteur et très-honoré Confrère,

Je me permets de vous prier de vouloir bien faire paraître, dans votre savant journal, le dessin de mon appareil obstétrical. Je vous



en adresse le cliché. Je ne crois pas pouvoir apporter de nouveaux perfectionnements à cet appareil ; je les attendrai de médecins qui.

s'occupant d'accouchements et acceptant, comme rationnelle, ma méthode des tractions instrumentales et manuelles combinées, croiront devoir de m'en proposer. Je n'entends parler que des véritables praticiens voulant agir : *Non vi, sed arte.* C'est-à-dire que j'écarterai de mes futurs conseillers ceux qui, cachés dans les plis de la robe de leurs maîtres, comme des miens, n'en sortiraient que pour accuser les tracteurs obstétricaux de ne produire qu'une force aveugle. Ce reproche d'une redondance de convention et qui n'a plus de raison d'être, ne pourra, du reste, préoccuper que les accoucheurs à courte vue.

Mais je demanderai à certains de mes confrères, s'obtinant à croire que, parce qu'ils ont tiré, ou tireront à la main, une, deux et trois fois, à trois heures d'intervalle, sur une tête d'enfant, saisie entre les cuillers de leur forceps, et retenue dans un bassin vicié ou non : Etes-vous donc bien certains de ne pas avoir agi ou de ne pas agir en aveugles ? Et comme conséquence, si vous vous êtes décidés ou devez vous décider à sacrifier l'enfant qui a résisté ou pourra résister à vos efforts de tractions manuelles ? Etes-vous donc bien sûrs d'être à l'abri de tout reproche ou le serez-vous toujours ? Se servir d'un céphalotribe ou tout simplement de ciseaux perforateurs ; sans doute, c'est bientôt dit et souvent trop tôt fait ! De quel droit donc l'accoucheur qui, faute d'habileté ou seulement de force suffisante, dans certains cas, mutilera-t-il un enfant mort ou vif ? Est-ce parce qu'il n'aura pu qu'enclaver de plus en plus la tête dans le bassin de la mère ? Et cette mère tenue parfois, pendant les neuf heures réglementaires, sur son lit de tortures physiques et morales, ne paiera-t-elle pas trop souvent de la vie ou tout au moins d'infirmités plus ou moins graves, la confiance aveugle qu'aura eue son accoucheur dans la seule force de ses bras ?

Certes je le dis comme je le pense, j'ai bien peu d'autorité pour donner des conseils plus ou moins pédagogiques à un jeune confrère fictif ou non ; mais eussé-je cette autorité, je n'en userais qu'avec la plus grande réserve. J'aurais fait des accouchements, même par milliers, que je me garderais bien de dire à ce jeune confrère : « Du « moment que vous verrez la force de vos bras ne pas suffire à en- « traîner la tête du fœtus, vous soupçonnerez un obstacle que le « forceps, seul, ne peut vaincre. Vous reviendrez néanmoins à cet « instrument, à une ou deux reprises, en laissant à la femme, après « chacune, au moins deux ou trois heures de repos, et quand vous « aurez la certitude de ne pouvoir réussir ainsi, c'est à la céphalo- « tripsie que vous recourrez, plutôt qu'à l'application d'une force » aveugle, qui doit exposer gravement la mère et ne sauver que bien « rarement l'enfant. »

Non ! je ne donnerais pas de semblables conseils à mon jeune protégé, eût-il le meilleur céphalotribe sous la main.

Je recommanderais de préférence à ce confrère, au début de sa carrière, de faire appel, en pareille circonstance, à l'expérience d'un praticien plus versé que lui dans l'art des accouchements; ce dernier pourrait peut-être vaincre des difficultés qui ne seraient que relatives. Je lui dirais même (et je démontrerai, par la suite, pourquoi je parle ainsi), appelez le premier accoucheur venu, qui, sans être d'une grande habileté, aurait un bon appareil obstétrical à traction dont il saurait se servir d'une manière au moins passable. Oui, je parlerais ainsi, moi qui crois que, dans un avenir prochain, il y aura presque autant d'appareils à traction pour accoucher les femmes, que d'accoucheurs capables de s'en servir : *Non vi, sed arte.*

Mais, me dira-t-on, la plupart des grands maîtres dans l'art des accouchements ne veulent ni de votre machine, ni de votre méthode pour délivrer leurs patientes. La plupart des maîtres, soit! Mais leurs élèves? J'en connais au moins un, lequel, passé maître à son tour, a sauvé des mères et des enfants qui, sans le secours de mon appareil, auraient été vouées au céphalotribe. Et cependant cet appareil n'était, pour ainsi dire, alors qu'à l'état d'ébauche. Aujourd'hui il est plus perfectionné, peu encombrant et très-portatif.

Dans le dernier numéro de ces *Annales*, j'avais annoncé devoir répondre à quelques objections faites, avec un véritable talent, par le très-distingué Dr Bailly, dans sa thèse d'agrégation, mais j'y ai renoncé, n'ayant pas le droit de reprendre ici ce que j'ai déjà publié, en août dernier, dans une brochure qui se trouve à la librairie O. Doin. Pour le moment, je vais me permettre de reproduire, en toute humilité, mais fort de mes convictions, aux dilemmes qu'un des illustres fondateurs de ce journal a opposés aux partisans de l'emploi de la force mécanique dans l'accouchement.

1° Ma machine (puisque machine il y a), employée selon ma méthode, pouvant faire autant que l'accoucheur, peut faire mieux que celui d'un talent médiocre. Elle n'est donc pas inutile. 2° Pouvant faire plus que l'accoucheur, elle peut faire mieux que lui, si, même du plus grand mérite, cet accoucheur ne trouve pas, dans la seule ressource de ses bras, le moyen de faire assez. Donc, puisqu'elle peut ne pas être inutile, ni dangereuse, et faire mieux que l'accoucheur (je le dis presque pour tous les cas dans lesquels il faut intervenir par le forceps), je ne dois pas me départir de ce que j'ai exprimé au sujet de mon appareil obstétrical dans d'autres circonstances. Je souhaite donc que cet appareil soit examiné de nouveau par le célèbre professeur qui, pendant sa brillante carrière, a rendu, plus éclatante encore qu'elle ne l'était, la lumière que ses maîtres vénérés avaient répandue sur l'art des accouchements. Qu'il me soit donc permis de m'adresser publiquement et loyalement à lui. Je sens le besoin d'exposer pourquoi ; dans ma brochure, j'ai

peut-être laissé entrevoir que j'avais reçu ses encouragements à rester dans la voie où je m'étais placé. Je dirai aussi, une fois de plus, pourquoi je m'y maintiens résolument.

Dans un prochain numéro, je ferai connaître, d'une manière explicative, les perfectionnements que, depuis peu de temps, j'ai apportés à mon appareil et la part qui en revient à M. le D[r] Tarnier. Ce sera pour moi un bien agréable devoir de rendre ainsi un très-sincère hommage à ce travailleur infatigable. Pouvant se reposer sur ses lauriers, il a daigné ne pas se dérober à une nouvelle émulation, laquelle ne lui venait que de moi, simple accoucheur de province.

Veuillez agréer, etc.

A M. le professeur Pajot.

Monsieur et très-honoré maître,

Veuillez me permettre de vous exprimer combien j'ai été surpris du jugement que vous avez porté, dans la lettre que vous avez adressée à votre éminent collègue, M. le professeur Blot, sur l'emploi de la force mécanique appliquée aux accouchements. Je dois donc bien regretter d'avoir fait paraître votre nom dans ma brochure publiée en août dernier, sur la méthode des tractions instrumentales et manuelles combinées. Je n'avais pas cru devoir, ni pouvoir m'en dispenser.

Lorsque j'eus l'honneur de vous présenter, pour la première fois, mon appareil obstétrical, en vous quittant, j'emportai la conviction que vous n'en condamniez pas tous les principes. A une seconde visite, vous ayant fait part de mon intention de demander à M. le Doyen de la Faculté de médecine la faveur de faire connaitre mon appareil à l'Ecole pratique, vous m'offrîtes, dans ce but, votre bienviellant concours. Un mois plus tard, même, vous aviez l'extrême obligeance de m'écrire pour m'indiquer l'époque à laquelle il serait à propos de placer ma démonstration.

Au jour fixé par vous, Monsieur et très-honoré Maître, j'étais à votre amphithéâtre. En entrant en séance, avant de combattre à armes courtoises, comme vous me l'aviez annoncé, les tracteurs obstétricaux, vous voulûtes bien dire que, de tous ceux connus, le mien serait celui que vous préféreriez, si vous aviez à en choisir un. Puis vous fîtes ressortir, à votre point de vue, le mauvais côté des tractions mécaniques appliquées à l'obstétrique humaine. Cependant, m'ayant permis d'exécuter, sur un mannequin spécial, quelques manœuvres instrumentales et manuelles combinées, je crus avoir obtenu votre approbation tacite. Je le crus d'autant mieux, que votre nombreux et sympathique auditoire, en m'applaudissant quand j'eus terminé mes manœuvres, semblait me faire comprendre que, par son attitude, son illustre professeur les y autorisait ; ma méthode laissant à l'accoucheur toute la dignité de son rôle.

Mais je m'étais fait illusion, Monsieur et très-honoré Maître, sur le sens de vos appréciations. Peut-être en a-t-il été de même de celles d'un de vos plus éminents collègues de Paris, dont je ne m'exposerai pas à dire le nom. Il en est un autre, cependant, qui ne me refusera jamais d'inscrire le sien ici : M. le Dr Tarnier. Jamais je n'oublierai l'accueil qu'il me fit à ma première visite. Dès que je lui eus montré ma tige mobile prenant son point d'appui sur le cadre-lit de l'appareil, il me tendit la main en me disant : « Je vous félicite, Monsieur, vous avez réalisé un progrès ; il faudra néanmoins faire mieux encore. »

Qu'il me soit donc permis, en terminant, de croire et d'espérer que le jugement que vous avez prononcé contre la méthode de la force mécanique, appliquée à l'obstétrique humaine, peut ne pas être sans appel.

Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré maître, la plus parfaite expression de mes sentiments très-respectueux. Dr PROS.

Voici maintenant la lettre que M. le professeur Pajot nous a adressée en réponse à la lettre précédente :

Mon cher ami,

Les souvenirs de notre honorable et sympathique confrère, M. Pros, sont évidemment très-confus.

1° Ce n'est pas à l'Ecole pratique, mais à mon cours, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, que M. Pros m'a demandé à exposer la manœuvre de sa machine à accoucher.

2° Je n'ai pas laissé ignorer à M. Pros que *la méthode vétérinaire*, c'est-à-dire les tractions par des treuils, moufles, etc., pour accoucher les femmes, ne trouvait pas en moi un admirateur.

4° Après avoir indiqué brièvement à l'auditoire mes idées contre la méthode, j'ai donné la parole à M. Pros, et je n'ai point interrompu, ni pour faire d'objection, ni pour constater des hérésies obstétricales passés inaperçues des élèves, mais entendues avec étonnement par quelques médecins intruits en accouchement. Je citerai M. le Dr Pinard, chef de clinique de la Faculté, et M. le Dr Verrier, préparateur de mon cours, auprès duquel M. Pros pourra se renseigner à cet égard.

Donc, ce que M. Pros a appelé mon approbation TACITE, n'a été qu'un silence imposé par la bonne confraternité.

Après avoir donné la parole à M. Pros dans mon cours, je croirais avoir fait preuve d'un goût déplorable en mettant en relief, au milieu de sept à huit cents élèves, les preuves d'une théorie incomplète et d'une pratique insuffisante de l'obstétrique, données dans une démonstration de vingt minutes à peine, par un confrère des plus estimables à tous égards.

« Si je ne repoussais pas la méthode, ai-je seulement dit à M. Pros, quand il eut terminé, votre appareil me paraît un des plus acceptables. »

Je ne pouvais faire ni moins, ni plus.

Qu'on me permette une dernière remarque. M. Pros souligne, dans sa lettre, des conseils donnés à un jeune confrère, et il les blâme. M. Pros n'a probablement jamais entendu P. Dubois, car ces préceptes sont tout à fait conformes à l'enseignement de ce maître illustre.

Je termine par cette déclaration.

Depuis quinze ans, *la méthode vétérinaire* s'efforce de pénétrer dans *l'obstétrique humaine*. Le public médical a lu ou entendu partout les raisons de ses quelques partisans et de ses nombreux adversaires. Les éléments d'un jugement existent donc.

Or, les inventeurs et admirateurs de la méthode l'encourageront, l'enseigneront et l'appliqueront avec ses procédés divers. C'est entendu. Mais qu'ils veuillent bien permettre à leurs adversaires de ne point admirer cette méthode, de ne point l'encourager et de point l'enseigner, puisqu'ils la trouvent inacceptable.

Décidé, pour mon compte, à ne plus m'occuper d'un sujet épuisé et dont nos lecteurs doivent être saturés jusqu'au dégoût, j'attendrai, pour adopter les machines à accoucher, qu'on m'ait montré un inventeur convenant de l'inanité de sa découverte.

Si c'est un tort, il fut celui de P. Dubois et Velpeau ; il est partagé aujourd'hui par presque toute la toute la jeune génération d'accoucheurs distingués. Se tromper, en aussi bonne compagnie, est au moins excusable.

Veuillez agréer, etc. Professeur Pajot.

VARIETÉS.

Spéculum pulvifère. — M. le Dr Dibot a présenté à l'Académie de médecine un nouveau spéculum construit sur ses indications.

Cet instrument, en métal ou en bois, appelé spéculum pulvifère, est d'un petit calibre ; il a la forme du spéculum Ferguson (fig. 1),



Fig. 1. — Spéculum pulvifère fermé. — Disposition de l'instrument après l'application des poudres médicamenteuses.

et permet à la femme de porter elle-même, dans le vagin et jusque sur le col, toutes les poudres médicamenteuses que le médecin emploie habituellement comme moyen de pansement dans les affections vagino-utérines.

Ce spéculum, fort simple, est muni d'un piston disposé de telle sorte, qu'il permet également l'introduction d'un topique quelconque (sachet, tampon, pommade, etc.) (Fig. 2.)

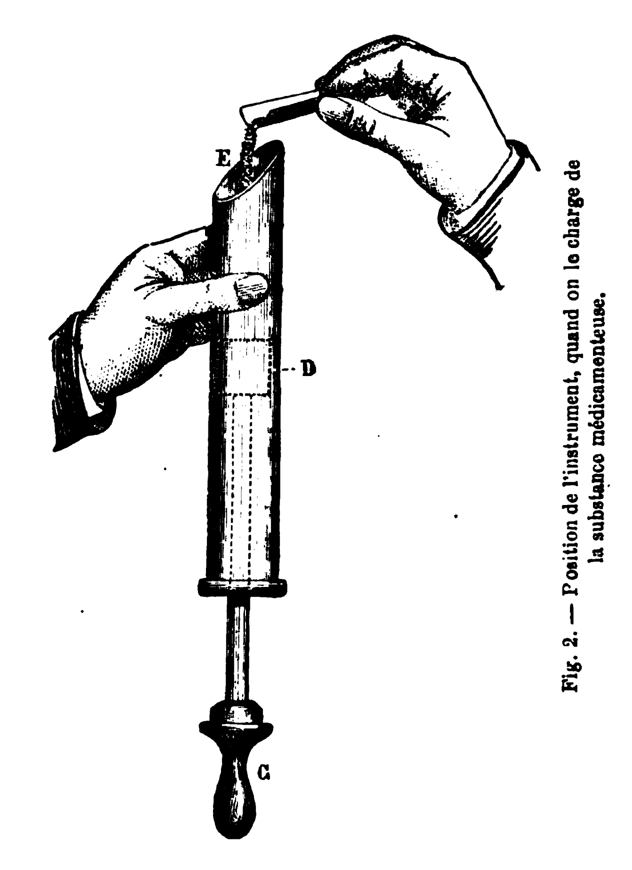


Fig. 2. — Position de l'instrument, quand on le charge de la substance médicamenteuse.

Grâce à son maniement facile, la femme pourra elle-même répéter, aussi souvent que le médecin le jugera nécessaire, le pansement prescrit qu'il n'est à même d'effectuer, ordinairement, qu'à plusieurs jours d'intervalle, et remplacer par une application sèche l'action trop passagère d'un liquide irrigué.

Congrès des Sociétés protectrices de l'enfance. — Ce congrès aura lieu à Paris dans les premiers jours d'avril prochain, à l'époque de la réunion annuelle des Sociétés savantes. La Société protectrice de l'enfance de Paris propose de mettre au concours les questions suivantes :

1° Quelle influence la prime offerte par les bureaux de nourrices aux accoucheuses et aux sages-femmes peut-elle exercer sur l'allaitement maternel ? Les établissements doivent-ils rester libres ou dépendre de l'administration de l'Assistance publique ?

2° Quelles sont les maladies aiguës et chroniques qui nécessitent l'interdiction ou la suspension de l'allaitement ?

3° De la syphilis infantile et de ses rapports avec l'allaitement.

Concours de prix. — L'Académie de médecine de Turin, propose le sujet suivant pour le prix de 20,000 francs, fondé par M. Riberi : « *La pathologie interne de l'appareil génital de la femme.* » Voici les principales conditions : 1° Les traités complets et les monographies sont admis au concours ; 2° les ouvrages peuvent être imprimés ou manuscrits ; ils doivent être écrits en latin, italien ou français ; 3° les ouvrages imprimés doivent être publiés pendant le cours des années 1874-75-76 et doivent être adressés à l'Académie royale de médecine de Turin, avant le 31 décembre 1876. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XLVII, février 1876, p. 95.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Dilatation des trompes ; corps fibreux, par RONDOT (Société anatomique, *Progrès méd.*, 1875, n. 41).

Tuméfaction de la vulve chez un nouveau-né, par BUDIN (Société anatomique, *Progrès méd.*, 1875, n. 41).

Imperforation du col utérin, par DREYFUS (*Progrès méd.*, 1875, n. 42.)

Du tamponnnement intra-utérin au perchlorure de fer pendant les suites de couches, par BINET (*Bull. de thérap.*, 1875. 15 juin, p. 505.)

Quatre cas d'éclampsie puerpérale guéris par l'éthérisation et l'application de sangsues à la vulve lorsque les lochies sont supprimées ou diminuées, par ROUX (*Bull. de thérap.*, 1875, 15 septembre, p. 210.

Accouchement laborieux ; impuissance des tractions continues ; perforation du crâne ; terminaison prompte et heureuse, par MALLET (de la Rochelle) (*Gaz. hôp.*, 1875, p. 923.)

Toux nerveuse liée par action réflexe à une antéversion de l'utérus, par CHRISTOFORIS MALACHIO (*Revue de thérap. méd. chir.*, 1875, p. 518.)

Trois observations d'éclampsie puerpérale suivies de mort, par Eugène MARCHAL (*Revue méd. de l'Est*, 1er octobre 1875, p. 216.)]

Du chloral dans l'éclampsie puerpérale, par DUMAS (de Cette) (*Bull. de thérap.*, 1875, 15 octobre, p. 417.)

Injections sous-cutanées d'ergotine contre les métrorrhagies dans un cas de tumeurs fibreuses (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, octobre 1875. p. 446.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Traité des tumeurs bénignes du sein, par le Dr Léon LABBÉ, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., et Paul COYNE, adjoint au laboratoire d'histologie de la Charité, etc. In-8 de 560 pages avec 2 planches en couleur et 32 figures dans le texte. Paris, Masson éditeur. Prix : 12 fr.

Leçons de clinique chirurgicale, par le Dr Léon LABBÉ, recueillies et rédigées par Emmanuel Bourdon, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique. Paris, V. A. Delahaye et Cie, éditeurs. In-8 de 742 p. avec 1 pl. Prix : 2 fr.

Sur le traitement des maladies des femmes, au moyen de la méthode du massage, par GUSTAF NORSTROW. (Thèse de Paris, 1876.

Etude sur les causes et le mécanisme des hémorrhagies interstitielles des organes génitaux de la femme, par URIBE. (Thèse de Paris, 1876.)

Di alcuni nuovi Fatti contrari all' azione ecbolica del chinino, leçons du Dr CHIARA, recueillies par GUISEPPE CHIARLEONI.

Contribution à l'histoire des maladies matrimoniales suivie de quelques considérations sur l'hygiène et l'éducation des jeunes filles, par NOEL GUENEAU DE MUSSY.

Fodselsst eftelsen og Bornehospitalet som undervisningsanstalter for vordende Lœger og Jordemœdre, par le professeur FAYE (de Christiania).

Nosogeni. — Panspermi, par le professeur FAYE (de Christiania).

Recherches experimentale sur les alcools par fermentation, par MM. les Drs DUJARDIN-BEAUMETZ et AUDIGÉ. In-8 de 61 pages. Doin, éditeur : 2 fr.

Des luxations irréductibles du pouce en arrière, par M. MARCANO, interne des hôpitaux. In-8 de 23 pages. Doin, éditeur : 1 fr.

De la valeur clinique de l'amputatation sous-astragalienne, par M. le professeur Maurice PERRIN. In-8 de 15 pages. Doin, éditeur : 1 fr.

Du traitement du rhumatisme, par le professeur BÉHIER. In-8 de 28 pages. Doin, éditeur : 1 fr. 50.

Pathogénie et traitement des hémorrhagies utérines, par le Dr CARPENTIER-MÉRICOURT. In-8 de 70 pages. Doin, éditeur : 2 fr.

Du protoplasma végétal (thèse d'agrégation), par le Dr DE LANESSAN. In-8 de 150 pages. Doin, éditeur : 4 fr.

De la ligature et de la section du cordon ombilical, par Frederico KOHLY. Thèse de Paris, 1876.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT. imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M. le-Prince, 31.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

STATISTIQUE DU SERVICE DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LYON.

Par le Dr X. DELORE,
Chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Au mois d'avril 1875, l'administration des hôpitaux de Lyon m'a confié un service nouveau, destiné exclusivement au traitement des maladies des femmes.

Il contient 22 lits où 99 malades ont été admises. Une consultation gratuite est faite tous les jeudis; 120 malades s'y sont présentées. J'ai donc pu observer en tout 219 malades.

En voici la statistique, du mois d'avril 1875 au 17 février 1876:

1° Déchirure du périnée	1
2° Kyste d'une glande de Bartholin	1
3° Vulvite	5
4° Vaginite	27
dont 11 blennorrhagiques.	
5° Dysménorrhée	4
6° Aménorrhée	4
7° Métrorrhagie	8

8° Métrite 60

A. Muqueuse 13
B. Endométrite 47
C. Ulcérations 70
D. Hypertrophie totale 6
E. Allongement hypertrophique du col 3
F. Brides vaginales 7
G. Atrésie 4
H. Antéversion 7
I. Rétroversion. 6
J. Antéflexion 1
K. Rétroflexion 2
L. Latéroversion 3

9° Prolapsus utérin 5
10° Cystocèle. 7
11° Rectocèle 2
dont 1 avec fibrome.
12° Polype 2
13° Fibrôme 18
14° Cancer 24
15° Périmétrite 5
16° Hématocèle 1
17° Ovarite 4
18° Ovarialgie hystériforme 5
19° Kyste de l'ovaire 2
20° Tumeurs du bassin 3

Exostose d'une paroi latérale 1
Tumeur du sacrum 1
Tumeur pubienne 1

21° Cystite 8
22° Incontinence d'urine 2
23° Prurit vulvaire 1
24° Arthrite puerpérale 1
25° Onanisme 1
26° Grossesse avec dyspepsie 1
27° Fissure anale. 1

28°	Rétrécissement syphilitique du rectum	1
29°	Cancer de l'anus	1
30°	Cancer des intestins	1
31°	Kyste du sein	1
32°	Cancer du sein	4
33°	Abcès puerpéraux de la fesse	1
	— — mammaire	1
	— — inguinal	1
	— — parois abdominales	1
34°	Névralgie cervicale	1
	— iléo-abdominale	2
35°	Trémulation, suite de couches	1
36°	Lipôme du pli génito-crural	1
	Adénite inguinale	1
	Total	219

Je vais maintenant faire suivre cet exposé succinct de réflexions sur un certain nombre de cas qui m'ont paru présenter un intérêt particulier.

Ce que je publie aujourd'hui est plutôt un recueil de matériaux, susceptibles d'être mieux utilisés plus tard, qu'un travail vraiment original, mais il y a des faits nombreux, et il m'a paru utile de ne pas les laisser perdre.

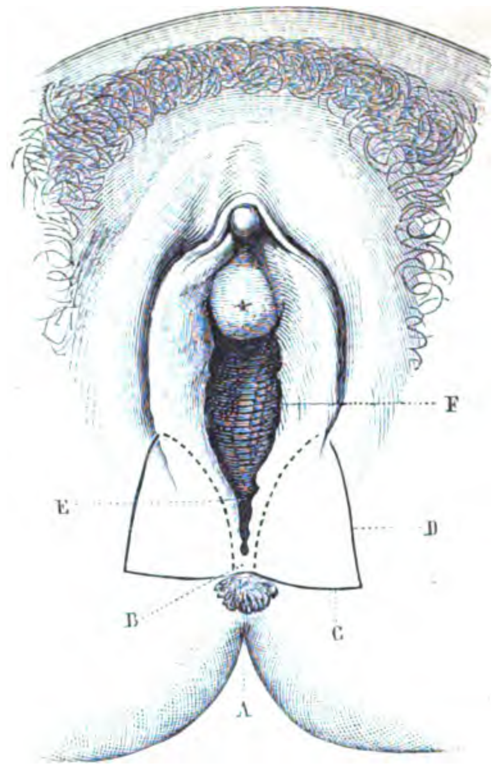
PÉRINÉORRHAPHIE.

J'ai pratiqué cette opération pour une déchirure étendue, et voici quel procédé j'ai employé :

Les surfaces à aviver et à réunir peuvent être considérées comme des triangles ayant un bord anal, un bord vulvaire et un bord vaginal.

1er Temps, avivement.

Partant de l'éperon recto-vaginal, je fais une incision sur le bord anal et une autre sur le bord vulvaire. Elles tombent à peu près à angle droit l'une sur l'autre. Elles circonscrivent deux lambeaux triangulaires, dont la dissection est poursuivie jusque sur le bord vaginal, qu'on laisse adhérent de façon à leur donner une grande mobilité.



A. Anus.
B. Éperon recto-vaginal.
C. Bord anal du lambeau d'avivement.
D. Bord vulvaire.
E. Bord vaginal.
F. Vagin.

2e *Temps, suture.*

Ces lambeaux sont unis sur la ligne médiane avec soin et dans toute l'étendue du bord anal par le moyen de la suture métallique, et de telle façon que les fils soient tordus du côté du vagin.

Il suffit pour cela de percer avec l'aiguille le bord du lambeau de haut en bas, à droite, et de bas en haut à gauche.

Les faces cruentées de ces lambeaux sont ensuite appliquées l'une contre l'autre par deux ou trois fils métalliques, par le

procédé de la suture à étage, que j'ai imaginée pour l'urétroplastie. Cette application est facilitée par une traction exercée en haut sur les fils métalliques de la suture du bord anal, qu'on ne coupe qu'après.

Je fais ensuite une suture enchevillée, avec des fils métalliques pour réunir le périnée.

Enfin, j'applique les fils métalliques sur la peau du périnée et la muqueuse de l'anus et de la vulve.

De la sorte, j'obtiens trois espèces de suture : une muqueuse ou vaginale, une profonde ou musculaire, et une cutanée ou superficielle.

Le résultat a été complet. Au moment du départ de la malade, un mois et demi après l'opération, les organes suturés n'avaient pas encore repris complètement leur souplesse, et sur la ligne médiane du vagin, on voyait encore la saillie de la suture à étage, semblable à un raphé.

Ce genre de suture a l'avantage de multiplier les contacts sans augmenter le traumatisme, puisqu'on taille deux lambeaux sur les surfaces qui doivent être nécessairement avivées.

MÉTRITE

Dans les cas d'endo-métrite, les moyens qui m'ont le mieux réussi sont la cautérisation de la cavité au moyen du nitrate d'argent, par le procédé de Courty, et la cautérisation du col utérin avec le fer rouge.

Ces deux moyens m'ont paru avoir une efficacité supérieure à tous les autres pour faire disparaître l'engorgement de l'utérus et tarir les sécrétions muqueuses qui sont si tenaces.

On peut, du reste, y revenir à plusieurs reprises.

La cautérisation au nitrate d'argent n'a jamais eu d'inconvénient ni de danger. Elle est bien supportée, peu douloureuse. Je n'ai pas vu de rétrécissement lui succéder. Ce n'est pas un moyen très-puissant. La difficulté, c'est d'introduire le crayon dans la cavité utérine elle-même ; il est très-facile de l'introduire dans le col. Pour l'introduire dans la cavité, il faut préalablement pratiquer le cathétérisme et même la dilatation de l'orifice interne.

Le fer rouge est un excellent moyen, mais il sème la terreur dans une salle de femmes.

Le galvano-cautère n'a pas cet inconvénient au même degré, mais il en a un autre bien plus grave, c'est que son action n'est pas régulière et qu'il fait défaut parfois au moment où on en a besoin.

La chlorure de zinc peut produire une cautérisation puissante et son action peut être exactement mesurée, grâce au spéculum de Floret ou aux instruments de Bonnet.

C'est surtout en étudiant la métrite qu'on se rend compte combien est difficile une statistique de gynécologie. Elle varie nécessairement suivant les idées théoriques de l'observateur, suivant la manière dont il considère l'affection, suivant l'importance qu'il attribue à tel ou tel symptôme, suivant qu'il place en première ligne l'inflammation, l'engorgement, le déplacement ou l'ulcération. Dans certains cas, la cause première a disparu et certains symptômes persistent encore ; de là, de nombreuses difficultés ; c'est ainsi que je trouve la métrite notée 89 fois et que je n'ai dû la faire figurer que 60 fois dans la statistique générale. 70 cas d'ulcération ont été observés. Evidemment, tous étaient dus à la métrite, mais un certain nombre ont été attribués à la vaginite, ou à d'autres affections qui m'ont paru prédominer sur la métrite.

Le *siége de la douleur* a été noté 34 fois. Voici le résultat :

Hypogastre	5	fois.
Dans les fosses iliaques	5	—
Coccydynie	2	—
Région lombaire	7	—
Généralisée au bas-ventre	7	—
S'irradiant aux fesses et aux cuisses	8	—

FIBROMES UTÉRINS.

Sur 219 malades, cette affection a été observée 18 fois. C'est une proportion de 1 sur 12. soit 8,3 0/0.

Voici quelques-uns des détails qui ont été relevés :

1°	Filles	5
	Mariées	13

Parmi celles-ci, une n'a pas eu d'enfants ; les autres en ont eu de 1 à 6.

2° Hémorrhagies		5
3° Situation	Paroi antérieure	1
	— postérieure	6
	Extra-utérins	4
4° Digestion	Dyspepsie	9
	Vomissements	2
5° Défécation	Diarrhée	2
	Constipation	10
6° Ascite		2

dont une avec œdème des membres inférieurs.

Siége de la douleur, tantôt intense, tantôt légère. Elle a été notée six fois à l'hypogastre, une fois à l'épigastre, une fois dans le flanc gauche; une fois à l'hypochondre gauche, deux fois aux lombes et aux cuisses, une fois au museau de tanche, s'irradiant le long de la colonne vertébrale, une fois au coccyx.

Les fibrômes produisent dans l'économie des troubles variés. Le signe pathognomonique par excellence est l'augmentation de l'hémorrhagie menstruelle. Mais il n'a rien de constant, il faut bien le reconnaître, puisqu'il n'a attiré l'attention que 5 fois sur 18.

Les autres troubles fonctionnels, tels que la douleur et les phénomènes dyspeptiques ne sont point caractéristiques, à cause de leur variabilité. Ils diffèrent peu de ceux qu'on observe dans la métrite. J'en excepterai la constipation, qui est fréquente, et qui est parfois source d'accidents fort graves. Pour y remédier, M. Jude Huë a employé le déplacement des tumeurs. Chez une de mes malades, cette opération m'a donné un bon résultat immédiat; les selles sont devenues plus faciles et les souffrances moins violentes.

En résumé, ce qui me paraît dominer dans la question du fibrôme utérin, c'est sa situation et son volume.

Si l'hystérôme altère la muqueuse, il y a des hémorrhagies; s'il comprime le col de la vessie, il y a rétention d'urine; s'il presse sur le rectum, il y a constipation; la compression sur



les organes abdominaux et pelviens amène nécessairement des douleurs et des troubles fonctionnels variés. Si le fibrôme contracte des adhérences avec les intestins, il produit des tumeurs nouvelles plus molles, plus vasculaires, et dans ces cas, il se produit de l'ascite.

On est très-désarmé en face de cette affection. Dans un cas, j'ai pratiqué l'ablation par une ouverture abdominale. Cette opération, compliquée pendant toute sa durée d'un état syncopal grave, fut suivie de mort le sixième jour.

J'ai fait plusieurs fois des injections intra-utérines pour diminuer les hémorrhagies menstruelles avec de la liqueur iodotannique ; l'expérience ne m'a pas encore renseigné sur l'efficacité de ce moyen.

Il en est de même des injections d'ergotine faites dans le tissu même de l'utérus ou dans les tumeurs. Voici, du reste, quelques notes sur ce sujet :

Injections d'ergotine.

Des injections avec : Eau, 7 gr.; ergotine, 3 gr. 50, ont été faites à trois des malades du service, tantôt dans la tumeur elle-même (no 19), tantôt dans le col de l'utérus.

Le nombre des gouttes varie ainsi :

No 1, 4 injections, de 30 gouttes.

No 13, 5 injections, de 20, 20, 26, 32 et 28 gouttes.

No 19, 5 injections, de 20, 16, 14, 15 et 16 gouttes.

Effets physiologiques.— Ces injections ont toutes provoqué des symptômes dont l'intensité va diminuant à chaque nouvelle injection.

1o Pour le no 1 (femme de 46 ans), une demi-heure après l'injection, faite à dix heures du matin, la malade est prise d'un tremblement violent qui persiste à peu près deux heures; sur la fin de la crise, vomissements biliaires assez abondants. Douleurs violentes dans les reins, les cuisses et les jambes, se localisant surtout aux articulations, et permettant à peine le décubitus dorsal. Les symptômes s'apaisent vers une heure de l'après-midi et vont en diminuant jusqu'au soir. Une céphalalgie in-



tense seule persiste. Le lendemain, grande faiblesse, plus de douleurs, ni de céphalalgie.

N° 13 (fille de 30 ans, fibrôme compliqué d'ascite). Pour cette malade, les symptômes sont moins violents. Environ trois quarts d'heure après l'injection, la malade, prise de frissons, ressent des douleurs dans les reins et le bas-ventre. Tête lourde, assoupissement, mais pas de céphalalgie. Vers deux heures et demie, les symptômes disparaissent.

N° 19 (fille de 27 ans, fibrômes extra-utérins ; injections dans la tumeur). Chez cette malade, les crises provoquées par l'injection persistent, avec intermittence, pendant deux et même trois jours.

Environ un quart d'heure après l'injection, céphalalgie violente, qui dure trois heures, pour reparaître plus tard. Tremblement, douleurs dans les jambes, les cuisses, le bas-ventre, et la région lombaire. Vomissements biliaires (une heure après l'injection). Ventre douloureux, un peu ballonné.

Ces crises intermittentes, durant de deux à trois heures, sont suivies d'une soif intense, de perte d'appétit, et de sueurs nocturnes abondantes.

CANCER DE L'UTÉRUS.

M. Gallard a remarqué que le début du cancer passait inaperçu ; j'ai fait la même observation.

J'ai essayé d'intervenir plusieurs fois sans succès.

Dans un cas, j'ai pratiqué la résection du col ; cette opération donna pendant deux mois un bon résultat ; au bout de ce temps, l'affection récidiva.

Dans plusieurs autres cas, j'ai fait la cautérisation au fer rouge, sans notable succès. Une de mes opérées succomba rapidement à une phlébite pelvienne qui m'avait semblé s'être développée sous l'influence d'une indigestion survenue trois jours après la cautérisation.

Les cancers de l'utérus doivent être soigneusement écartés d'un service spécial de gynécologie ; si on leur en permettait facilement l'accès, ils l'envahiraient bientôt et y jetteraient un



grand trouble, à cause de la mauvaise odeur, des hémorrhagies répétées et de la mortalité fréquente.

J'ai observé chez une vieille femme un cas qui m'a paru être un cancer de la cavité du corps utérin; en introduisant le doigt dans le col entr'ouvert on sentait des fongosités; il y avait un écoulement sanieux et fétide et des métrorrhagies abondantes qui avaient plongé la malade dans une anémie profonde. A trois reprises, je lui introduisis du canquoin dans la cavité utérine; des eschares s'éliminèrent, l'écoulement et l'hémorrhagie cessèrent et la malade quitta le service dans un état d'amélioration très-satisfaisant. Le col était revenu sur lui-même et ne permettait plus d'explorer la cavité.

TUMEURS DU BASSIN.

Chez une femme à laquelle j'avais enlevé un gros polype fibreux de l'utérus une constipation opiniâtre et grave se produisit quelque temps après. Le toucher rectal me fit reconnaître une tumeur solide, fort dure, située à 5 centimètres au-dessus de l'anus, implantée à la face antérieure du sacrum et circonscrivant complètement le rectum, de telle sorte que l'index était serré dans le canal vertical et régulièrement cylindrique offert à l'intestin par la tumeur.

La malade était soulagée par des lavements répétés introduits avec une longue canule au-dessus du rétrécissement. Elle quitta la Charité sans modification de cette tumeur que je soupçonnais être un ostéo-sarcôme.

CYSTITE.

La fréquence de la cystite dans les affections utérines est un des faits qui m'a le plus frappé. De tous les moyens thérapeutiques celui qui m'a le mieux réussi est le copahu.

Chez une femme syphilitique atteinte d'un rétrécissement du rectum, la vessie donnait issue pendant le mois d'août à du pus et à des gaz. Au mois d'octobre, on reconnut des aliments et il fut constaté qu'une communication s'était établie avec les intestins.

INCONTINENCE D'URINE.

J'en ai observé deux cas:

Le premier consécutif à un accouchement dystocique. Le forceps avait été très-habilement appliqué par M. le Dr Glénard, chef de clinique, au détroit supérieur, pour une inertie utérine produite par un rétrécissement.

Le résultat fut excellent pour l'enfant. Mais la mère eut une incontinence complète d'urine.

Cette femme, primipare, de 45 ans, était fort affaissée par son accouchement. Ce ne fut qu'au bout de quelques jours qu'il me fut possible de l'examiner complètement. Elle avait une perte purulente abondante. Par le toucher, on constatait une déchirure profonde du vagin qui faisait un sillon à la partie antérieure, et qui se continuait avec une déchirure du col utérin. Je pensais que cette solution de continuité s'était propagée jusqu'aux fibres du sphincter vésical qui avait dès lors perdu son action.

L'examen de la vessie ne me fit découvrir ni cystite, ni perforation. La guérison se fit spontanément.

Une deuxième incontinence également totale a été observée chez une mendiante qui prit froid huit jours après son accouchement.

Elle vint à la Charité deux ans après malgré tous les moyens que je mis en usage : irrigations froides, électricité, cautérisation au nitrate d'argent, etc. Je n'obtins aucun résultat, tellement le tissu vésical était altéré. Huit mois après son entrée, cette femme succomba. Pendant les trois derniers jours de sa vie, elle n'avait pas uriné. A l'autopsie, on trouva la vessie vide revenue sur elle-même, dépourvue de son épithélium et les reins en pleine suppuration.

BRIDES UTÉRO-VAGINALES.

Je les ai rencontrées sept fois. Elles provenaient pour la plupart d'accouchements difficiles ayant occasionné des déchirures. Dans un cas la cause était inconnue. Dans un autre le cul-de-sac postérieur formait une arrière-cavité, où le doigt pénétrait à peine. Cette disposition provenait d'une forte bride transversale. La femme avait eu un accouchement trigémellaire. Elle avait en même temps des fongosités au fond du cul-de-sac postérieur qui étaient de nature douteuse et déterminaient des douleurs,

des hémorrhagies et un écoulement ichoreux abondant. Je lui pratiquai plusieurs cautérisations avec le chlorure de zinc qui produisirent une amélioration notable.

MENSURATIONS.

J'ai fait un certain nombre de recherches sur la longueur du vagin et de la cavité utérine. Je me borne à relater les chiffres que j'ai obtenus.

Voici de quelle façon j'ai procédé pour le vagin :

Le cathéter utérin est porté sur la pulpe de l'index gauche placée au contact de la lèvre antérieure du col utérin qu'on prend soin de ne pas déplacer. Les petites lèvres étant ensuite écartées, on note à quel chiffre correspond le méat urinaire.

La *vaginométrie* a été pratiquée 31 fois de cette façon. Elle a donné les résultats suivants :

50 millimètres...	3 fois.	65 millimètres....	2 fois.
52 —	1 —	70 —	6 —
54 —	1 —	72 —	1 —
55 —	2 —	73 —	2 —
60 —	4 —	75 —	2 —
63 —	1 —	80 —	3 —

La moyenne est de 66 millimètres; ces chiffres indiquent seulement à quelle distance du méat urinaire se trouve la lèvre antérieure du col utérin.

L'*hystérométrie* a été notée dans 22 cas.

Elle a fourni les chiffres suivants :

50 millimètres............	1 fois.
60 —	2 —
62 —	1 —
65 —	3 —
70 —	5 —
71 —	1 —
75 —	2 —
80 —	3 —
85 —	3 —
100 —	1 —

En moyenne 73 millimètres.

L'hystérométrie est un précieux moyen de diagnostic sans lequel il serait souvent impossible de distinguer certaines tumeurs de l'utérus des fléxions ou autres déplacements de cet organe.

Cette exploration est souvent indispensable avant de pratiquer la cautérisation intra-utérine avec le nitrate d'argent ou de chlorure de zinc. Le seul accident que je lui ai vu produire est une hémorrhagie légère dans un cas de fibrôme utérin.

En terminant j'insisterai de nouveau sur ce fait que mon but a été seulement d'exposer la statistique générale du service de gynécologie de la Charité et de publier les notes recueillies pendant les dix premiers mois de son fonctionnement.

NOTE SUR UN CAS D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA; HÉMORRHAGIE PENDANT LE TRAVAIL; VERSION PODALIQUE; FŒTUS HYDROCÉPHALE AVEC MALFORMATIONS DES QUATRE MEMBRES.

Par M. Et. Golay,
Interne des hopitaux de Paris.

Les cas d'hydrocéphalie congénitale sont assez rares, puisque sur 43,545 accouchements, Mme Lachapelle n'en a observé que quinze à la Maternité de Paris. Tous les traités d'obstétrique nous ont appris que, si dans ces cas, on était souvent obligé pour terminer l'accouchement d'évacuer par une ponction le liquide hydrocéphalique ; bien souvent aussi, la nature se chargeait de ce soin par la rupture d'une fontanelle et permettait l'issue de la tête, sans qu'on fût obligé d'introduire aucun instrument dans l'utérus.

C'est un de ces derniers cas qui va faire le sujet de cette observation. Elle nous a paru intéressante, tant au point de vue de la pathologie du fœtus, que des particularités de l'accouchement. Ce cas fournit en effet un exemple d'hydrocéphalie congénitale, qui, méconnu au moment de l'accouchement, a donné lieu à une version podalique difficile et à une autopsie fœtale des plus intéressantes.

La nommée G.... (Elisa-Sidonie-Alexandrine), lingère, âgée de 34 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Hélène, pour accoucher le 23 février 1876.

Cette femme, d'une forte constitution, n'a jamais été malade. Elle

a toujours été très-régulièrement menstruée depuis l'âge de 14 ans et ses règles habituellement abondantes durent de quatre à cinq jours. Elle en est à sa troisième grossesse. La première remonte à douze ans ; la seconde à deux ans. Elles se sont toutes deux terminées spontanément par la naissance d'un enfant à terme et bien conformé. Cependant une sœur de cette femme a également accouché d'un enfant hydrocéphale. La dernière apparition des menstrues date du 28 mai 1875, mais contre l'habitude, l'écoulement sanguin s'est montré à cette époque fort peu abondant. La malade ressentait déjà, depuis quelques jours, des maux de cœur insolites qui lui firent supposer, malgré l'apparition des règles, qu'elle était probablement enceinte. Pendant les quatre premiers mois de sa grossesse, elle a eu des nausées, des vomissements et des lipothymies ; dans les cinq derniers elle a joui d'une bonne santé.

Le 22 février, vers une heure du matin, cette femme, se relevant pour uriner, remarqua qu'elle perdait un peu de sang ; puis vers 6 heures elle ressentit des douleurs dans les reins, qui, à partir de ce moment, revinrent irrégulièrement par intervalles d'une demi-heure à deux heures. Vers 5 heures du soir, les douleurs de reins augmentèrent, mais restèrent toujours limitées à la région lombaire.

Enfin, le 23 février à 2 heures du matin, elle entre à l'hopital ; à 4 heures 30 minutes la poche des eaux se rompt et donne issue à une très-grande quantité d'eau. La malade, depuis la veille, n'a pas cessé de perdre du sang. Peu après la rupture du sac amniotique, l'hémorrhagie devient très abondante, s'accompagne de l'expulsion de gros caillots et cinq fois l'on est obligé de changer les alèzes. Malgré ces accidents, la veilleuse ne juge pas à propos d'avertir l'interne de garde et ce n'est qu'à la visite du matin, à 10 heures, que nous sommes informés du danger que court cette femme.

C'est à ce moment que nous l'examinons.

L'hémorrhagie continue, mais peu abondante.

Le travail est complètement suspendu depuis plusieurs heures; la malade n'a plus de douleurs ; elle est pâle, elle a des palpitations, ses extrémités se refroidissent.

Par la palpation abdominale, la tête nous paraît occuper la région hypogastrique.

Au moyen de l'auscultation, nous constatons que le maximum des bruits du cœur du fœtus siége à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les battements sont faibles et un peu irréguliers.

Par le toucher, nous constatons une conformation normale du bassin et nous arrivons sur une masse molle, charnue, le placenta, qui, sans doute provisoirement inséré par son bord droit sur le col, s'est décollé autour de l'orifice sous l'influence des premières contractions et fait procidence de quatre à cinq centimètres dans le vagin. La dila-

tation est complète, mais le doigt ne peut atteindre aucune partie fœtale.

Comme l'hémorrhagie continue et que le travail est complètement suspendu, nous nous décidons à tenter la version pelvienne sans perdre de temps. Un aide comprime le fond de la matrice. Nous introduisons la main droite jusque dans l'utérus en passant entre le placenta et la lèvre droite du col. Bientôt nous rencontrons la tête et reconnaissons facilement une position occipito-iliaque droite postérieure. Rien dans la conformation extérieure du crâne ne nous fait supposer que nous avons affaire à un cas d'hydrocéphalie interne, car la tête est, dans tous les points que nous touchons, dure et résistante ; la suture sagittale et la fontanelle postérieure, seuls espaces membraneux que nous pouvons atteindre, ne sont nullement élargies. Seule, l'élévation de la tête, dans d'autres circonstances, aurait peut-être pu nous mettre sur la voie du diagnostic. Mais ici, cette élévation de la tête était suffisamment expliquée par l'insertion du placenta sur le col. Cette même anomalie nous donnait aussi la raison pourquoi nous avions trouvé le maximum des bruits du cœur au-dessus de l'ombilic. En outre, le temps pressait ; la malade avoit déjà perdu beaucoup de sang ; il fallait la délivrer le plus vite possible sans donner trop de temps aux réflexions, et le meilleur moyen était de pratiquer immédiatement la version pelvienne.

Nous nous mettons donc de suite à la recherche des pieds et avons la satisfaction d'en trouver un appliqué sur la face droite de la tête. Nous ne pouvons atteindre le second : l'écoulement complet du liquide amniotique et la rétraction de la matrice sur la tête, nous empêchant d'arriver à passer la main entre celle-ci et les parois utérines. Saisissant alors le pied que nous avons sous la main, nous le tirons et nous l'amenons, non sans difficultés, jusques en dehors de la vulve. C'est le pied droit, le postérieur par rapport au bassin. Nous l'entourons d'un lacs, et cherchons de nouveau à atteindre l'autre. Comme la première fois, c'est peine inutile. Nous exerçons alors des tractions sur le pied droit, et, peu à peu, après de grands efforts, nous parvenons à extraire le siége.

Le membre inférieur gauche, relevé sur le plan antérieur du fœtus est alors facilement dégagé. Avec lui, sortent deux cotylédons fortement congestionnés et provenant sans doute de la portion procidente du placenta.

A ce moment, le cordon se trouve très-tendu, et malgré nos efforts pour en allonger l'anse, il résiste. Il ne bat plus que très-faiblement. On parvient cependant à le tirer de un ou deux centimètres.

Les deux pieds et le siége extraits, nous cherchons à dégager les bras, tous deux relevés sur les côtés de la tête : opération longue et difficile surtout pour le bras gauche (postérieur). Nous y parvenons

cependant. Le cordon ne bat plus ; il est de nouveau très-tendu. Le doigt porté sur le cou du fœtus, nous y fait reconnaître successivement la présence de trois circulaires. Nous le déroulons complètement et bientôt il pend librement hors du vagin.

Il ne reste plus à extraire que la tête, retenue défléchie au détroit supérieur, la face tournée vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Les tractions étant infructueuses, une application de forceps est tentée ; mais l'on ne peut parvenir à placer la branche antérieure. Nous y renonçons, et avec l'aide de notre excellent confrère Porak qui parvient à introduire un doigt de la main droite dans la bouche du fœtus et deux de sa gauche sur sa nuque, nous parvenons à opérer la flexion forcée de la tête, et après quelques tractions énergiques, à la faire descendre dans le vagin. A ce moment, l'aide qui comprimait l'abdomen perçut une sorte de craquement, sensation qui a correspondu vraisemblablement avec le moment où s'est produite, soit la rupture de la dure-mère et de la fontanelle antérieure, soit la fracture de l'orbite, lésions que nous avons constatées à l'autopsie du fœtus et que nous décrirons dans un instant.

Finalement la tête fut extraite et l'accouchement terminé en une heure un quart. Inutile de dire que le fœtus était mort-né.

La femme fut délivrée sans la moindre difficulté. Le placenta était d'un quart plus considérable que d'habitude, à larges et épais mamelons. Le cordon était lisse, assez gros et d'une longueur moyenne.

Les suites de couches furent excellentes et cette femme sortait de l'hôpital le huitième jour et en parfait état de santé.

L'issue spontanée pendant l'accouchement du liquide de l'intérieur à l'extérieur du crâne dans les cas d'hydrocéphalie ne sont pas des cas très-rares. La sérosité se donne issue, quelquefois par les yeux, le nez ou les oreilles, plus souvent elle vient se collecter sous le cuir chevelu de manière à permettre à la tête de s'allonger pour passer à travers la filière du bassin. C'est ce qui est arrivé dans notre cas, car il est certain que l'hydrocéphalie interne existait seule avant que nous pratiquions la version, tandis qu'à l'autopsie nous avons trouvé un vaste épanchement à l'extérieur des os du crâne. Donc, sous l'influence des pressions diverses subies par la tête, pressions que la forme et les dimensions du bassin rendent forcément inégales et partielles, le liquide hydrocéphalique est sorti de la cavité des hémisphères dilatés, une déchirure s'est produite sur la dure-mère et la fontanelle antérieure, et le liquide s'est épanché à l'extérieur de la boîte osseuse sous le cuir chevelu. Alors la tête sous l'influence des tractions opérées sur le siége

a pu s'allonger et commencer à s'engager. A ce moment sans doute, la réduction des diamètres de la tête n'étant pas encore suffisante, l'apophyse orbitaire externe gauche a buté contre le promontoire et a été fracturée. Nous décrirons dans un instant la direction de cette fracture. Nous avons cru intéressant de la signaler, parce qu'elle s'est produite en dehors de toute application de forceps, par la seule pression du crâne contre les os d'un bassin normal. Il est juste de dire que, dans ce cas, l'amincissement des os du crâne explique leur fragilité plus grande et la production d'un accident généralement considéré, et à juste raison, comme très rare.

Autopsie. — **Fracture du crâne; hydrocéphalite congénitale; épanchement sanguin intra-rachidien; péritonite partielle; malformation des membres.**

Le fœtus est atteint d'hydrocéphalie et présente une malformation des quatre membres ; il pèse 3,500 grammes.

Il mesure 55 centimètres du sinciput aux talons.

Il présente un embonpoint remarquable ; seul le cou paraît un peu amaigri et est parcouru par un sillon circulaire peu sensible, dû à l'enroulement du cordon autour de cette partie.

La tête est volumineuse, mais cependant pas à un degré excessif. Elle est molle, mais il est facile de reconnaître entre le cuir chevelu et les parois du crâne un épanchement considérable. La palpation y fait sentir une fluctuation très-manifeste et une mobilité anormale des os du crâne. Ceux-ci font entendre lorsqu'on les comprime une sorte de clapotement particulier. Ces sensations sont donc bien différentes de celles qu'on avait éprouvées lors de l'introduction de la main dans l'utérus.

L'affaissement des os du crâne ne permet pas d'en apprécier exactement les dimensions. L'augmentation de volume paraît s'être faite surtout du côté du diamètre bipariétal, ce qui donne à la tête une forme plus arrondie que d'habitude. La circonférence passant par les extrémités du diamètre occipito-frontal mesure approximativement 40 centimètres.

La face présente son volume normal et contraste par sa petitesse relative avec l'augmentation de volume du crâne.

Le cuir chevelu étant incisé, il s'écoule par l'ouverture une assez grande quantité de sérosité, colorée en rouge par du sang. Ce liquide, examiné par M. Gaffard, interne en pharmacie, est riche en albumine et contient des phosphates et des chlorures.

La forme du crâne est régulière. On y remarque surtout la saillie des bosses pariétales. Les cavités ordinaires ne sont ni rétrécies, ni déformées ; il n'y a pas d'exophthalmie. L'orbite gauche est le siége





d'une *fracture* qui part du trou sus-orbitaire, s'étend d'abord directement en haut, puis, changeant brusquement de direction, se dirige en bas et en dehors et gagne en passant à travers la fossette temporale du frontal, le bord inférieur de cet os. Les deux extrémités de cette solution de continuité sont réunies par un autre trait de fracture qui passe à travers la face orbitaire du frontal, de manière à limiter un fragment osseux comprenant toute l'apophyse orbitaire externe et intéressant la face orbitaire, la face antérieure et la fossette temporale du frontal.

Les os de la voûte du crâne sont amincis, atrophiés ; leur diploé a disparu : ils sont translucides par le fait de la soudure des lames compactes. Ces os pris en particulier et surtout les pariétaux paraissent plus larges qu'à l'état normal. Les os de la base paraissent normalement développés.

Les os ne sont pas séparés par des intervalles considérables, comme on le voit le plus habituellement dans l'hydrocéphalie congénitale. On ne trouve pas d'os wormiens. L'espace membraneux qui sépare les deux pariétaux n'a que trois millimètres de largeur ; les fontanelles postérieures et latérales sont normales : seule, la fontanelle antérieure est considérable surtout dans sa moitié antérieure. Cette dernière membrane présente une déchirure par laquelle s'est sans doute échappé, pendant l'accouchement, le liquide céphalo-rachidien pour se collecter sous le cuir chevelu. L'ouverture correspond, en effet, avec une déchirure de la partie voisine de la dure-mère.

L'espace membraneux pariéto-frontal et la dure-mère étant incisés dans toute leur étendue transversale, la cavité crânienne est largement béante. A part la déchirure que nous venons de signaler, la dure-mère est saine dans toute son étendue. Ses replis sont au complet et normaux : la tente du cervelet en particulier est normale et limite entre elle et l'apophyse basilaire de l'occipital, un espace dans lequel nous sommes frappés de ne pas trouver le cervelet.

Les sinus contiennent un peu de sang liquide, et nous ne trouvons rien sur leur trajet de nature à amener leur compression.

La cavité crânienne est à moitié vide et la base en est occupée par le cerveau et un liquide complètement semblable à celui que nous avons trouvé sous le cuir chevelu. Ce liquide ajouté à celui que nous avions déjà recueilli pèse 245 grammes. L'encéphale se présente sous forme d'une masse molle, complètement affaissée sur elle-même, quoique avant l'accouchement il dût manifestement être distendu par la sérosité et s'appliquer exactement contre les parois du crâne.

Après avoir coupé les adhérences vasculaires et nerveuses qui réunissent le cerveau à la boîte crânienne et l'avoir étalé sur la table, il est facile de reconnaître dans cette masse molle, les deux hémisphères cérébraux primitivement distendus par un liquide intraven-

triculaire. Cette distension a été poussée si loin, que chaque lobe cérébral ne forme plus qu'une vaste coque fluctuante et molle dont la paroi n'a que trois millimètres d'épaisseur. On ne pourrait mieux les comparer qu'à deux vastes kystes juxtaposés, qui, séparés l'un de l'autre par la grande scissure interhémisphérique, communiquent à leur partie inférieure et interne par les trous de Monro également dilatés.

La surface extérieure n'offre pas traces de circonvolutions ; on n'y trouve aucune anfractuosité, même légère. Elle est d'une teinte rosée, un peu chagrinée et sillonnée par quelques vaisseaux rouges qui de la base montent en serpentant vers la partie supérieure. Nous n'avons pu détacher de cette surface, aucune membrane. L'arachnoïde et la pie-mère, si elles existent, sont fusionnées avec la matière cérébrale atrophiée. Celle-ci est en effet amincie à tel point qu'elle est réduite, comme nous l'avons déjà dit, à une couche périphérique de trois millimétres d'épaisseur, dans laquelle il n'est pas possible de distinguer la substance grise de la blanche.

Au fond de la scissure interhémisphérique, on voit un vaisseau antéro-postérieur bien développé, accompagné d'un autre beaucoup moins considérable. Au-dessous, on ne trouve aucun vestige du corps calleux : les parois internes des hémisphères dilatés, toujours parallèles et juxtaposées y sont réunies par des filaments délicats qu'on déchire facilement. L'on voit alors, qu'en ce point, la paroi de chaque kyste n'est plus constituée que par une lamelle très-mince.

La surface intérieure des lobes cérébraux dilatés, est blanche, lisse, sans trace de vascularisation et de granulation. On n'y trouve pas l'épendyme épaissi, comme on l'a signalé dans quelques cas d'hydrocéphalie. On n'y trouve aucun relief et ce serait en vain qu'on chercherait la saillie ordinaire des couches optiques et des corps striés. Ces éminences, si elles ont existé à une certaine époque de la vie intra-utérine, sont complètement affaissées. Aussi la base du cerveau est-elle tout aussi amincie que sa convexité. C'est même le caractère qui nous paraît donner en partie à ce cas d'hydrocéphalie un intérêt tout particulier.

Les trous de Monro, par contre, sont facilement reconnaissables. Ils se présentent sur la paroi interne de chacun des hémisphères dilatés sous forme d'une ouverture de la grandeur d'une pièce de un franc et établissent entre eux une large communication. On y voit passer les plexus choroïdes qui se présentent sous forme de cordons jaunâtres.

En arrière des trous de Monro, se trouve une surface déprimée un peu jaunâtre. En ce point la paroi de chaque hémisphère est très-mince et n'est constituée que par une sorte de membrane translucide.

Le bulbe paraît à peu près normal au niveau de sa paroi antérieure

et inférieure; mais le plancher du quatrième ventricule est élargi; en outre, il ne présente pas de paroi supérieure, car nous verrons dans un instant que le cervelet est absent. C'est avec facilité qu'on introduit un stylet dans l'aqueduc de Sylvius. Il pénètre aisément jusque dans une cavité en quelque sorte virtuelle, formée par l'adossement des deux membranes minces que nous venons de décrire en arrière des trous de Monro.

Cette cavité représente sans doute le ventricule moyen. Si l'on pousse le stylet plus loin, on pénètre à volonté par les trous de Monro dans l'un ou l'autre des hémisphères distendus.

La protubérance a subi un arrêt dans son développement : elle n'est représentée au devant du bulbe que par deux petites saillies antéro-postérieures olivaires et parallèles de quatre à cinq millimètres d'épaisseur et séparées par un sillon. De leur extrémité antérieure partent deux cordons nerveux juxtaposés et un peu divergents qui représentent sans doute les pédoncules cérébraux. Ils n'ont guère que trois à quatre millimètres d'épaisseur.

Les tubercules quadrijumeaux paraissent assez bien développés.

Quant au cervelet, au premier abord il paraît absolument absent; mais cependant, en examinant avec attention les parties voisines du bulbe, nous avons trouvé, au-dessus du quatrième ventricule et en arrière des tubercules quadrijumeaux, un petit corps gros comme un pois, qui s'est laissé déplisser sous forme d'une membrane mince transparente. Il paraît vraisemblable que cette membrane formait primitivement la paroi d'un kyste qui dans la suite s'est rompu. Au niveau du point où cette membrane adhère à la partie supérieure du bulbe, on rencontre quelques parcelles de substance nerveuse (?) grisâtre, finement sillonnée dans le sens transversal et qui sont peut-être des vestiges d'un cervelet atrophié.

La glande pituitaire est restée attachée à sa loge, lors de l'extraction du cerveau. Elle est volumineuse et sa cavité est dilatée.

Quant au septum lucidum, au trigone cérébral et quelques autres parties constituantes de l'encéphale, ils paraissent devoir être absents ou, du moins, il nous est impossible d'aller à leur découverte maintenant sans déchirer la pièce et sans compromettre le succès des recherches plus minutieuses qui seront faites après durcissement du cerveau.

Canal médullaire. — Pas d'épanchement de sérosité dans la cavité arachnoïdienne ni dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; l'hydropisie occupe exclusivement la cavité crânienne.

Nous trouvons sur la pie-mère, à l'union des régions cervicale et dorsale de la moelle, un épanchement sanguin récent qui s'est produit sans doute sous l'influence des tractions énergiques qu'on a été obligé de faire pour terminer l'accouchement.

La moelle au point de vue microscopique ne présente rien de particulier à signaler.

Cavité abdominale. — On trouve des adhérences du côlon avec la vésicule du fiel et la face inférieure du foie. Ces adhérences sont facilement rompues et montrent, par leur peu de consistance, qu'elles sont le résultat d'une inflammation aiguë et récente du péritoine. Du reste, l'acuité de l'affection est encore attestée par l'embonpoint général du corps et le dépôt considérable de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Rien dans les antécédents, et l'état actuel de la mère ne peut nous donner la raison de cette péritonite partielle. Nous n'avons pu relever aucune anomalie des viscères abdominaux et aucun épanchement occidentel de liquides irritants sur la surface du péritoine.

Le côlon descendant, distendu par du méconium, descend comme à l'ordinaire dans le bassin pour se terminer par un rectum et un anus normaux.

L'œsophage et l'urèthre sont tous deux perméables.

Membres. — Ils sont tous les quatre atteints de déformations.

Le pied droit est un pied bot varus très-prononcé. Son bord externe regarde directement en bas et la plante du pied en arrière ; le bord interne du talon est appliqué contre la malléole interne. Aussi, la jambe droite, mesurée du pli du jarret au talon, est-elle d'un centimètre plus courte que la gauche.

Le pied gauche est équin varus.

Les deux genoux sont des genu valgum. Les deux jambes sont dans l'extension forcée et toutes deux un peu déjetées en dehors. On peut en outre leur imprimer des mouvements de latéralité assez considérables.

Les membres supérieurs paraissent assez bien conformés ; si leurs surfaces articulaires sont le siége de quelques déformations, elles doivent être fort légères. Ce qui frappe dans l'attitude de ces membres c'est leur flexion générale et leur rigidité : les avant-bras sont fléchis sur le bras, les mains sur l'avant-bras, les doigts dans la paume de la main. Les muscles fléchisseurs sont le siége d'une rigidité considérable qui empèche de ramener les parties dans leur rectitude normale. Les biceps surtout paraissent violemment rétractés et leur tendon forme au pli du coude une saillie sous forme de cordon très-dur. Il en résulte un élargissement antéro-postérieur considérable de l'articulation.

N'est-il pas possible que cette déformation des membres supérieurs n'ait pas la même origine que celle des membres inférieurs, et que des convulsions intra-utérines aient amené cette rétraction permanente des fléchisseurs ? Il nous sera peut-être donné dans quelque temps d'être plus affirmatif, car, l'état des muscles, des nerfs, de la



moelle et des surfaces articulaires sera l'objet d'une étude spéciale.

Pouvons-nous d'après les pièces anatomiques que nous avons recueillies et cherché à décrire, nous rendre compte de la cause qui a déterminé la production de l'hydrocéphalie?

Dans l'état actuel de la science, on peut, peut-être, diviser en quatre groupes, les causes qui, dans les différentes observations, ont paru jouer le rôle capital dans la genèse de l'hydropisie ventriculaire congénitale.

1° Dans un certain nombre de cas, l'exhalation de sérosité dans les ventricules, semble avoir été la conséquence d'une inflammation lente de l'épendyme. Cette phlegmasie est alors attestée par une épaisseur et une vascularisation anormales de la membrane ventriculaire et par la présence de petites granulations à sa surface. Quant aux causes pouvant donner lieu à cette inflammation pendant la vie intra-utérine, nous ne les connaissons pas plus que celles de la plupart des maladies qui apparaissent à cette époque.

2° Dans d'autres cas, l'hydrocéphalie peut être rapportée presque à coup sûr à une gêne de la circulation cérébrale. Elle se lie alors à l'existence de quelques lésions du cerveau ou des méninges, telles que: dépôts tuberculeux, tumeurs fibreuses, kystes apoplectiques comprimant les tissus ou les veines cérébrales, surtout celles de Galien, qui sont les veines ventriculaires. Barrier et Magendie en ont cité des exemples. Alors on ne trouve aucune trace d'inflammation dans l'épendyme; il existe simplement une distension plus ou moins considérable des hémisphères avec amincissement, aplatissement, atrophie de la substance nerveuse. Généralement aussi, l'atrophie est plus marquée du côté de la convexité que de la base des hémisphères et l'on peut presque toujours reconnaître plus ou moins facilement les principales parties qui occupent la base de l'encéphale.

On a aussi cité des cas dans lesquels des circulaires du cordon autour du cou du fœtus ont pu gêner suffisamment la circulation en retour du cerveau pour amener l'hydropisie des ventricules. Mais il est démontré, dans ce cas, qu'il faut que la



constriction du cou soit considérable et que le cordon y imprime des sillons profonds.

3° Dans certains cas d'hydrocéphalie congénitale et peut-être dans le plus grand nombre, la sérosité semble simplement servir à combler le vide produit par l'imperfection du cerveau ou l'absence de quelques-unes de ses parties. L'hydropisie reconnaît alors pour cause un arrêt de développement de l'encéphale.

4° Enfin, il faut l'avouer, dans bien des cas la cause de l'exhalation séreuse nous échappe complètement, elle reste inconnue; l'on ne trouve à l'autopsie du fœtus aucune lésion capable de l'expliquer. C'est dans ce cas que quelques auteurs ont cru devoir invoquer l'influence hypothétique de traumatismes plus ou moins violents, subis par la mère pendant le cours de sa grossesse, ou bien l'âge, les habitudes, l'hygiène particulière du père ou de la mère, causes banales, qui, si elles ont pu dans certains cas paraître jouer un certain rôle dans la production des maladies du fœtus, n'en semblent pas moins devoir agir d'une manière bien minime ou bien obscure sur la production de l'hydrocéphalie.

Dans lequel de ces groupes ferons-nous rentrer le cas d'hydrocéphalie qui nous occupe aujourd'hui? La question est difficile à résoudre.

La mère n'a pas reçu de coups sur le ventre, ni fait de chutes pendant sa grossesse; elle n'a pas eu de vives contrariétés. On ne trouve dans ses antécédents ni dans ceux de son mari aucun indice pouvant faire supposer un vice de constitution quelconque, se rapportant à l'alcoolisme, la scrofule, la syphilis, le rachitisme. Ils sont tous deux encore jeunes et à peu près du même âge. Aucun de leurs ascendants ou collatéraux n'est atteint de crétinisme.

Nous n'avons trouvé, à l'autopsie du fœtus, aucune trace d'inflammation du côté de l'épendyme.

Il n'y avait non plus aucun produit pathologique comprimant les tissus ou les veines cérébrales : seuls, trois circulaires du cordon autour du cou, s'ils eussent été plus serrés, auraient pu nous engager à rapporter l'hydrocéphalie à une gêne de la circulation veineuse de l'encéphale.

Le fait qu'une sœur de l'accouchée a aussi mis au monde un enfant hydrocéphale; la coexistence avec l'hydropisie ventriculaire de vices de conformation des membres ; l'absence des circonvolutions des couches optiques, des corps striés, du cervelet; le développement très-imparfait de la protubérance, des pédoncules cérébraux, etc., qu'il est bien difficile d'expliquer par une simple compression qui les aurait fait disparaître, en tout ou en partie, nous engagent fortement à voir dans le cas qui nous occupe, une hydropisie par arrêt de développement, par défaut de formation de certaines parties de l'encéphale. Cependant rien ne le prouve pour le moment d'une manière évidente et nous ne pouvons nous prononcer définitivement. Peut-être que dans quelque temps, une dissection et un examen plus attentif des pièces, après durcissement, nous permettront d'être plus affirmatif dans nos conclusions.

ÉTUDE

SUR LA MOLE HYDATOÏDE.

Par le Dr Ancelet (de Vailly-sur-Aisne).
Lauréat de l'Académie de médecine, etc.

(SUITE) (1).

VIII. — *Nature de la môle hydatoïde.*

Pour certains helminthologistes, Goze (1782), Bremser (1819) et même Gluge (1843) ; elle est composée de véritables entozoaires, de vers cystoïdes, mais je ferai remarquer avec Virchow, qui me fournit ces indications, que, sur la feuille servant de titre à son ouvrage, Bremser représente une grappe semblable parmi les pseudo-helminthes. D'après Hip. Cloquet, ce sont des acéphalocystes pédiculées, en grappes (acéphalocystes racemosa), libres dans la cavité utérine, naissant latéralement et d'une manière alterne autour d'un pédoncule commun, que Percy a vu, dans deux cas différents, s'agiter pendant quelque temps, et qui présentent, par conséquent, tous les caractères de l'animalité.

Mais les observateurs qui ont précédé et suivi n'ont point

(1) Voir les numéros de février et mars, p. 81 et 183.

retrouvé ce caractère, n'ont jamais constaté la présence d'échinocoques, et, pour eux, les môles hydatoïdes ne sont autre chose qu'une dégénérescence du produit de la conception.

Quel élément subit cette dégénérescence?

Vallisnieri (1690), et après lui Bidloo (1708), Sœmmering, placent le siége des vésicules dans les vaisseaux lymphatiques du placenta. La circulation étant interrompue par une cause quelconque, les valvules deviennent adhérentes par leurs bords libres, les parties intermédiaires se dilatent en vésicules, puis graduellement les pédicules s'allongent.

Mais y a-t-il des lymphatiques dans le placenta?

Reuss, Wrysberg, Gregorini (cités par Cruveilhier), Bartholin, Muller (cités par Mme Boivin), appliquent cette doctrine aux vaisseaux sanguins; mais, objecte Cruveilhier, on voit tous les jours l'interruption du cours du sang amener l'oblitération complète; par conséquent il ne suffit pas d'admettre l'oblitération des vaisseaux de distance en distance pour se rendre compte de la formation des vésicules; il faut, en outre, reconnaître une altération des parois vasculaires qui les ramène au type celluleux.

Telle est aussi l'opinion de Ruysch (1691-1705). Il les attribue à une accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire, qui unit les tuniques vasculaires, par suite de laquelle la cavité des vaisseaux s'efface et s'oblitère. Cruveilhier se rallie absolument à cette manière de voir.

Ce point fondamental de l'oblitération, de la disposition des vaisseaux, établirait un rapprochement entre cette théorie et celle de Robin dont nous avons à parler.

Velpeau, Mme Boivin, Desormeaux et Panl Dubois, avaient déjà attribué la formation de la môle hydatoïde au développement exagéré des villosités du chorion. Le professeur Robin a confirmé et développé cette théorie qui a été exposée avec beaucoup de soin et de talent par Cayla, dans sa thèse sur l'hydropisie des villosités choriales, et qui est maintenant généralement acceptée (1).

Selon cet habile observateur, il y a identité absolue de struc-

(1) Robin, Du microscope, 1849. Dict. de méd. Cayla, Thèse de Paris, 1849.

ture entre le chorion et les villosités d'une part, d'autre par entre les vésicules hydatiformes et le chorion, d'où il suit qu'elles sont constituées par les villosités, les prolongements canaliculés du chorion. Elles se produisent quand les villosités de la totalité ou d'une partie du chorion, dépourvues de vaisseaux par suite de la destruction précoce de l'embryon, se sont dilatées en vésicules pleines de sérosité claire. Ces vésicules sont disposées en grappes, ayant la forme des ramifications de chaque villosité choriale ou placentaire, puisque ce sont leurs subdivisions qui sont dilatées d'espace en espace, sans que les villosités communiquent les unes avec les autres. Les villosités du chorion continuent à grandir, en empruntant par imbibition des matériaux de nutrition à la membrane caduque utérine, bien qu'elles n'aient pas de communications vasculaires directes avec elles, et ne renferment pas de vaisseaux du fœtus.

Je possède dans ma collection la preuve évidente de ce fait, dit Martin Saint-Ange (1); en effet, là où l'allantoïde vasculaire de l'embryon ne s'est pas assez développée pour se mettre en contact avec un certain nombre de villosités choriales primitives, on voit celles-ci remplies de sérosité, se développer démesurément, et l'embryon périr, puis disparaître en partie ou en totalité par une sorte de macération dans l'eau de l'amnios où il est plongé.

Tous les auteurs modernes, en France, acceptent cette théorie (2). Il en est de même chez les Allemands. J'emprunte à Virchow l'exposé de leurs travaux sur ce sujet.

Gierse et H. Meckel démontrèrent, en 1847, qu'il existe une hypertrophie des villosités avec œdème. Ils regardaient ce dernier comme secondaire, et le comparaient à l'œdème ordinaire de l'anasarque.

Mais la dégénérescence se rapporte-t-elle au tissu même, à la tige des villosités ou à leur revêtement, et dans le premier cas, doit-on regarder comme le point de départ de l'altération les éléments cellulaires plutôt que le tissu entier?

(1) *Réforme médicale*, 31 mars 1867.

(2) Mattei, *Gaz. Hôp.*, juill. 1858; Courty, Maladies de l'utérus, 1866; Joulin, Traité d'accouchements, 1867; Broca, Traité des tumeurs, t. I, p. 38, 1869.

H. Muller (1847) place le début de l'affection dans le revêtement externe des villosités, dans le soi-disant exochorion qui s'épaissit et donne lieu à la formation, dans son intérieur, de cavités qui se recouvrent plus tard d'une couche fibreuse de l'endochorion.

Mettenheimer (1850) cherche le point de départ des vésicules précisément dans une direction opposée, dans une transformation en kystes des cellules contenues dans l'intérieur des villosités, et les excroissances de celles-ci sont pour lui le point de départ de l'agencement ultérieur, sous forme de grappe. Paget se rallie à cette dernière opinion.

Pour Virchow, lui-même, les villosités normales, aussi bien que les villosités hypertrophiques de la môle hydatique, consistent en un prolongement du même tissu muqueux qui forme la gelée du cordon ombilical. Les villosités ne sont formées que de deux parties essentielles : un revêtement épithélial, exochorion, et un substratum, un corps de tissu muqueux, endochorion qui, non vascularisé d'abord, renferme plus tard des vaisseaux. Les proliférations de l'épithélium que H. Muller regardait comme point de départ de la prolifération des kystes, sont l'expression régulière de tout développement, même normal. Quelque temps après survient le développement sous forme de bourgeons du corps de la papille ou villosité. Ce n'est que dans cette dernière partie et non dans l'épithélium que se passe la transformation particulière qui conduit à la production de la môle. En définitive, il considère l'hydatoïde comme un type de l'espèce de tumeur composée de tissu muqueux, qu'il désigne sous le nom de myxôme.

Discutons sans idée préconçue cette théorie purement microscopique, selon l'expression de Cruveilhier.

Si nous nous reportons à ce que nous avons vu en parlant de la structure des vésicules, il est acquis :

Que les notions afférentes à la structure intime des vésicules ne reposent que sur un petit nombre de faits, et sont insuffisantes ;

Que cette structure présente des différences, des variétés, qui sont probablement en rapport avec l'âge du produit ;

Que si elle se rapproche de la structure du chorion, cette analogie n'a rien de caractéristique; des noyaux, des granulations grisâtres et graisseuses, des fibres de tissu cellulaire, des noyaux fibro-plastiques, se rencontrent dans beaucoup d'autres tissus.

En résumant les différents points traités jusqu'ici, nous pouvons dire que l'identité de structure entre les villosités et les kystes de la môle n'est pas démontrée, et, quand elle le serait, ne pourrait suffire à établir une théorie;

Que les vésicules, dans leur groupement, ne présentent pas la disposition rameuse des villosités;

Qu'elles ne siégent pas, en général, sur la face extérieure de l'œuf sur le chorion;

Que la membrane sur laquelle elles s'insèrent ne fait pas partie intégrante de l'œuf, puisque, sans elle, l'œuf peut acquérir un certain développement.

Mais nous savons :

Que ces vésicules closes, disposées comme nous l'avons dit, sont pendantes dans la cavité utérine, qu'elles siégent sur une membrane qui tapisse le plus souvent les parois de l'utérus, quelquefois aussi la surface de l'œuf;

Que cette membrane qui ne fait pas partie intégrante de l'œuf, joue au moins un grand rôle dans son développement, puisque sans elle il ne peut pas, en général, atteindre à son développement complet;

Que cette membrane reste dans l'utérus après la mort et l'issue de l'œuf.

Conclusion : Cette membrane est la caduque directe ou réfléchie; les kystes qui la recouvrent sont des kystes folliculaires muqueux. Ce caractère est encore démontré par la mucine que contient leur liquide.

On peut admettre que, sécrétés par les glandes de la muqueuse utérine, ils poussent devant eux la couche la plus superficielle de cette muqueuse qui recouvre ainsi l'ensemble des kystes, et qui, moins extensibles, cède, se désagrége, pour former les filaments. A l'état normal, cette couche recouvre les villosités et leur sert de gaîne; on la retrouve donc aussi à la

surface des villosités choriales anormales. Cette circonstance n'a-t-elle point été une cause d'erreur ?

Le microscope ne s'oppose point à cette manière de voir. Sirelius, de Helsingfors, a établi que, pendant la grossesse, non-seulement la texture de la muqueuse utérine, mais encore les éléments qui la composent, se modifient, de nouvelles cellules se forment à côté de celles qui existaient déjà, se développent et se transforment continuellement. Ainsi, sur une caduque de 4 mois, la couche superficielle présente des cellules rondes de différentes grandeurs, avec noyaux et nucléoles ; au milieu, une foule de noyaux ; dans les couches plus profondes, les cellules sont beaucoup plus longues, et à mesure que l'on s'approche de la surface de l'utérus, elles tendent à prendre la forme de cellules fibroïdes. Çà et là on remarque des fibres de tissu cellulaire ; les cellules allongées s'entrecroisent en différentes directions. Dans la suite, les cellules se modifient, et il se produit des granulations graisseuses (1).

Cette structure s'éloigne-t-elle donc de celle des kystes des môles, plus que le chorion et ses villosités dont j'emprunte la description à Cayla et Robin : « Le chorion, à l'état normal, est entièrement formé d'une substance homogène, amorphe, insoluble dans l'acide acétique qui, çà et là, présente un aspect fibroïde ou strié, sans qu'on y puisse découvrir de véritables fibres. Cette substancé est parsemée, dans toute son étendue, de fines granulations moléculaires, à bords nets et foncés, à centre brillant, réfractant la lumière. Parfois peu nombreuses, elles sont dans d'autres points très-abondantes et presque toutes en contact ; au milieu des granulations, sont des noyaux ovoïdes, assez nets, ordinairement réguliers, renfermant un ou deux nucléoles, à bords nets et foncés, à centre brillant. Dans leur masse, fine poussière de granulations moléculaires, généralement peu abondantes et pouvant même manquer complètement. Les villosités sont formées de la même substance fondamentale. Les seules différences consistent en ce que beaucoup de branches des villosités, et quelques-uns de leurs prolongements,

(1) Du placenta Prævia, *Arch. générales de méd.*, 1861.

sont plus souvent que le chorion, striées ou fibroïdes, dans le sens de leur longueur.

Cette manière d'envisager la môle hydatoïde, permet d'en rapprocher certaines productions, qui ont, avec elle, une certaine analogie.

Ainsi ces kystes, si bien décrits par Morgagni, et qui ont été désignés sous le nom d'œufs de Naboth, rapprochement qui avait déjà été fait par Littre et par Percy ; ainsi, les polypes vésiculaires dont Cruveilhier parle en ces termes : « J'ai rencontré, un grand nombre de fois, à la Salpêtrière, tantôt dans le corps, tantôt dans le col utérin, de femmes avancées en âge, des tumeurs folliculaires pédiculées ou non pédiculées, formées soit par un seul kyste folliculeux, soit par l'agglomération de deux, trois et même d'un plus grand nombre de kystes folliculeux, lesquels soulevaient la membrane muqueuse. Les polypes vésiculaires ou utéro-folliculaires de M. Huguier ne sont autre chose qu'un kyste folliculeux ou qu'une agglomération de kystes folliculeux, recouverts par la membrane muqueuse très-amincie. »

Lorsque je fis ce rapprochement devant la Société médicale de Reims, M. Galliet mentionna le fait d'une femme qui, accouchée deux ans auparavant, d'un enfant à terme, présenta une seconde grossesse dont la terminaison amena, à la suite de douleurs analogues à celles de l'accouchement, la sortie d'une masse de la grosseur d'une tête d'enfant. Cette masse, qui ne présentait ni membrane enveloppante, ni trace de filaments correspondant au cordon ombilical, était composée de vésicules grosses comme des grains de chasselas, et présentait assez d'analogie, comme aspect, avec les polypes muqueux des fosses nasales. En décrivant ces amas de kystes muqueux qu'il a observés le plus souvent sur le col, quelquefois aussi dans le corps de l'utérus, en dehors de la grossesse, Morgagni indique ainsi leurs connexions : « Il est certain que ces petites excroissances formées de vésicules qu'il m'est arrivé de voir dans l'intérieur de l'utérus, n'offraient aucuns ramuscules auxquels les vésicules furent attachées, car elles étaient serrées les unes contre les autres, ou unies soit par elles-mêmes, soit par une substance in-

termédiaire qui n'était ni mince, ni rameuse. » N'est-ce pas là le mode de groupement et de connexion que nous avons vu dans l'hydatoïde.

N'est-on pas porté à admettre qu'il y a entre ces deux produits identité de nature et seulement différence dans le développement, la différence étant due seulement au mode de vitalité propre que l'imprégnation imprime à la muqueuse utérine ?

Nous résumerons ce qui précède dans la définition suivante :

Les môles hydatoïdes sont une altération particulière de la caduque, produite sous l'influence de l'imprégnation, caractérisée par le développement exagéré de cette membrane, sa tendance à être détachée des parois utérines, et surtout par la production à sa face libre, par poussées successives, par un travail exogène, de vésicules indépendantes, adhérentes les unes aux autres, tendant à s'isoler à mesure qu'elles se développent.

B. De la grossesse hydatoïde.

I. *Conditions dans lesquelles elle se développe.*

Nous avons admis jusqu'ici, avec tous les auteurs et sans discussion, la nécessité d'une fécondation pour produire la môle hydatoïde. C'est là un point qui paraît définitivement acquis, malgré l'assertion contraire, mais intéressée, de la chanoinesse de Percy, admise par Cloquet, qui prétend que les vierges peuvent en être atteintes.

Nous ne parlerons pas des causes occasionnelles banales : la faiblesse constitutionnelle, le lymphatisme, l'atonie de l'utérus, les mauvaises conditions hygiéniques, le traumatisme, qui, selon les auteurs, favoriseraient le développement de cette affection. Tout cela est de la fantaisie pure et ne repose sur rien.

Quant à l'âge noté chez 53 malades, il était de :

17 à 20 ans	chez	3
21 à 25	—	14
25 à 30	—	15
30 à 35	—	8
38 à 40	—	6
41 à 48	—	7
		53

Il n'existe aucune observation indiquant l'influence de l'*hérédité;* mais je signalerai seulement, à titre de renseignement, la *consanguinité* qui s'est rencontrée chez ma malade. Sa sœur avait présenté le même phénomène, vingt ans auparavant.

Quant à l'influence des grossesses antérieures, il n'y a encore rien de particulier. Sur 43 femmes, nous notons :

Primipares,	8	
Avortement supposé,	1	
1 grossesse antérieure,	12	
2 —	3	
3 —	6	
4 —	2	
5 —	3	
6 —	1	
8 —	1	Dont 3 suivis d'avortement à
11 —	1	2 mois 1/2.
12 —	1	
Plusieurs,	4	
	43	

Sur ses 4 grossesses, la malade de de Soyre en avait eu 2 à terme et 2 avortements. Sur 5, une de Lisfranc avait eu 1 avortement, et une de Mme Boivin en avait eu 2.

La grossesse hydatoïde prédispose-t-elle aux mêmes accidents? Voici les seuls faits que j'ai trouvés sur cette question :

Albertini a vu deux fois, vers le commencement de l'année 1724, une femme rendre, à l'intervalle d'un mois, non sans fièvre et sans de vives douleurs, un amas de vésicules qui ressemblaient, par leur forme et leur disposition, à de gros grains de raisin, si ce n'est que leur couleur était un peu plus pâle. (Cité par Morgagni, Epist. 48, no 14).

Une femme fraîche et bien portante accoucha trois fois, à des époques rapprochées, de môles vésiculaires. La première fois, après une grossesse présumée de neuf mois, elle rendit 300 vésicules de différentes grosseurs. Environ trois mois après, elle rendit de nouveau une vingtaine de vésicules, et une troisième fois, peu de temps après la deuxième, elle accoucha d'autres vésicules (Bonus de Brescia, cité par Mme Boivin).

Y a-t-il eu dans ces deux cas production de môles successives ou expulsion d'une même môle en plusieurs fois, à différents intervalles ?

La brièveté relative de ces intervalles laisse au moins la question indécise. Le fait suivant, dont je regrette de n'avoir pas les détails, est plus caractéristique.

Une femme présenta six fois des apparences de grossesse avec vomissements incoercibles, qui nécessitèrent l'avortement provoqué. Toutes les fois, il y eut expulsion de simples masses hydatiformes (A. Henrot, Soc. de méd. de Reims, janv. 1867).

Quant aux grossesses fœtales qui ont suivi la grossesse hydatique, nous ne trouvons que les indications suivantes :

2 femmes n'en eurent pas (Nolé, d'Outrepont).
5 » en eurent une (Boivin, Bougoin, Mauriceau, Nauche, Tarneau).
1 » en eut deux (Leclerc).

Tous les enfants étaient bien vivants. La malade de Tarneau n'accoucha qu'après dix mois et onze jours de grossesse.

II. *Durée de la gestation.*

Notée dans 60 observations, elle a été de

2	mois	1
3	—	7
4	—	12
5	—	9
6	—	11
7	—	8
8	—	6
9	—	6
		60

Voyons ce qui se passe chez la femme pendant la période qui s'écoule entre le début et le terme de cette gestation.

III. *Symptomatologie.*

Utérus. — L'utérus se développe insensiblement, régulièrement; mais en général il prend un développement plus rapide, plus considérable que la grossesse fœtale à une époque corres-

pondante, à ce point, que Depaul et Debourge l'ont vu aussi développé à quatre mois que dans une grossesse à terme. Littre a constaté qu'il devenait en même temps plus léger, soit que cet accroissement rapide se manifeste dès le début, ou seulement plus tard, du quatrième au neuvième mois, comme Mme Boivin l'a observé.

On a vu le développement se présenter comme dans une grossesse normale, pendant plusieurs mois (Boivin), ou même plus que dans une grossesse normale (Watson), puis cesser de s'accroître dans les mêmes proportions, de telle façon que, dans un cas de Mme Boivin, il présentait à huit mois le développement d'une grossesse fœtale de cinq mois. Même, Garnier et Tarneau ont vu le ventre s'affaisser notablement après ce temps d'arrêt. Dans d'autres circonstances, les choses se passent en sens inverse. Ainsi, dans l'observation de de Soyre, moins développé pendant les six premiers mois, il acquit en un mois le développement d'un utérus à terme. Pajot l'a vu moins développé que d'habitude.

Quoi qu'il en soit, à une époque assez avancée de la grossesse, il est généralement volumineux et se présente à travers les parois abdominales sous forme d'une tumeur globuleuse (Debourge), oblongue (Boivin) ou étendue en largeur (Boivin), régulièrement arrondie (Lisfranc) ou irrégulière (Vannoni), bosselée latéralement (Depaul, Malichecq), douloureuse (Boivin, Dardignac, Debourge, Gibert, Lisfranc, Martin) ou non douloureuse (Littre, Chevelier), mobile (Debourge), dure, résistante (Boivin, Bourgoin, Chevelier, Dardignac), quelquefois seulement par intervalles (Debourge), ou pâteuse (Vannoni), molle, compressible, présentant une fluctuation obscure (Littre) ou manifeste (Boivin, Pelvet, Gibert). Dans le cas de Littre, en poussant la matrice de bas en haut au moyen du doigt introduit dans le vagin, on pouvait percevoir la fluctuation à travers les parois abdominales et déterminer la production d'une sorte de gargouillement.

Hippolyte Cloquet avance qu'il y a absence de ballottement. C'est là le fait général, particulièrement constaté dans quatre cas (Boivin, Debourge, Boucher, Vannoni) ; néanmoins, Bour-

goin-Duffaux a pu le percevoir : on avait la sensation d'un corps étranger, inerte, pesant, sans parler du fait de Villiers où la grossesse molaire compliquait une grossesse fœtale.

Il n'y a pas, bien entendu, de mouvements spontanés. Cependant les malades de Lee, de Depaul, de Pajot, et l'une de celles de Mauriceau, ont cru percevoir les mouvements actifs du fœtus. On devra se rappeler cette circonstance à propos du diagnostic.

Quant à la situation de l'utérus, on l'a trouvé élevé pour s'abaisser ensuite (Boivin), plus ou moins abaissé et rapproché de la vulve (Boivin, Debourge, Gardanne, Gibert), incliné latéralement (Boivin, deux cas), en avant (Malichecq), dans un état de rétroversion incomplète (Vannoni) ou complète (d'Outrepont).

Indépendamment d'ulcérations accidentelles limitées ou étendues, signalées dans deux cas de Lisfranc, le col de l'utérus a présenté un développement exagéré de la lèvre antérieure (Depaul) ; il a été trouvé légèrement effacé, boursouflé (Dubourg), dur hypertrophié (Lisfranc), épais de 1 pouce, tout à fait clos (Saviard), mollasse (Bourgoin, Depaul, Malichecq, Pelvet), long (Depaul, Percy), même 3 jours avant l'accouchement (Duhamel), long, fermé à 3 mois de gestation (Boivin), moins long (Debourge, Lisfranc), peu dilaté vers 4 mois, vers 6 mois (Percy); l'orifice externe ouvert, l'interne restant fermé après 3 mois de gestation, pour commencer à s'entr'ouvrir à 4 mois, époque de la parturition (Boivin), tandis que, dans une autre observation du même auteur, il restait long, mais gros, jusqu'à 8 mois. Dans d'autres, il est tantôt entr'ouvert, tantôt fermé, même pendant les règles (Lisfranc), ou s'entr'ouvre pendant les douleurs. Examiné dans d'autres circonstances, on l'a trouvé dilaté (Bougoin, Gardanne, Lisfranc, Pelvet).

Nous avons insisté sur ces détails fournis par l'observation directe, afin de faire voir qu'il n'y a dans l'état du col rien de particulier, rien qui justifie cette assertion d'Hippolyte Cloquet, répétée par d'autres, savoir : que, pendant *toute* la durée de la gravidité hydatique, l'orifice utérin reste béant et change à peine de forme et de place, signe qui, ajoute-t-il, est des plus

caractéristiques. Cette assertion est absolument contredite par les faits.

Voyons si l'auscultation n'ajouterait pas quelque chose à ces renseignements fournis par la palpation et le toucher.

Tandis que, d'après Depaul, Barth et Roger, les affections du placenta (et probablement aussi la présence des môles) ne se manifestent par aucun trouble particulier dans le souffle, Holl, de Halle, énonce qu'il serait permis d'annoncer avec quelque certitude la présence d'une altération du placenta d'après la perception d'une espèce de sifflement qui se joindrait au bruit placentaire.

Le professeur Vannoni, de Florence, prétend avoir trouvé une modification. Pour lui, dans l'état de grossesse, le bruit de souffle est le résultat de deux bruits : le premier, âpre, sibilant ; le second, doux. Il crut remarquer que, dans le cas de grossesse naturelle et heureuse, le son doux prévaut d'une manière évidente sur le son âpre, et que, au contraire, dans les cas de maladie grave du fœtus ou dans ceux de mort de ce produit, le son âpre est égal au son doux, ou même l'emporte sur lui dans les cas où la maladie est très-grave, jusqu'à ce qu'enfin il existe complètement à la suite de la mort du fœtus. Il pensa que le bruit devait présenter le même caractère dans les môles que dans les cas de mort du fœtus. Dans un cas de môle hydatoïde, il constata que le deuxième son du bruit du souffle, le son doux manquait tout à fait, et, en tenant compte des autres symptômes, il diagnostiqua l'existence d'une môle, ce que l'événement confirma. Voici cette remarquable observation :

Femme de 23 ans, mère d'un enfant, entrée à la clinique de Florence le 13 juin 1848, pour une légère perte de sang datant de 4 jours. Elle n'avait plus ses règles depuis le mois d'octobre et se croyait enceinte, bien qu'elle ne présentât d'ailleurs aucun des phénomènes qui accompagnent ordinairement la grossesse. L'utérus arrivait un peu au-dessous de l'ombilic ; son développement était par conséquent plus considérable qu'il n'aurait dû l'être pour une grossesse normale, si l'on rattachait l'époque de la conception à celle d'où datait l'aménorrhée. Avant la dernière menstruation, l'exercice de cette fonction avait eu

lieu d'une manière si irrégulière que l'on ne doit guère se fier à ce symptôme. La tumeur formée par l'utérus avait une surface un peu irrégulière et légèrement pâteuse. L'écoulement léger de sang continuait et n'avait point de mauvaise odeur. Le col de l'utérus était légèrement entr'ouvert et dirigé vers le pubis, tandis que le segment inférieur et postérieur de cet organe faisait une sorte de poche derrière le col et était légèrement pâteux. La percussion donnait un son obscur dans tout l'espace occupé par l'utérus; le ballottement était impossible et l'auscultation ne révélait pas les bruits cardiaques du fœtus. Le second son de souffle, le son doux manquait tout à fait, tandis que lorsque la grossesse est normale, il est plus fort que le son sibilant. Vannoni diagnostiqua donc une môle qui, d'après les symptômes indiqués, entre autres le développement rapide du ventre, devait être une môle hydatique.

Dans la nuit du 20 janvier, perte abondante, l'utérus conservant néanmoins le même volume et la même consistance.

Le 22 vers 5 heures de matin, prodromes d'accouchement; les douleurs lentes au début allèrent graduellement en augmentant et devinrent très-pénibles. A chacune de ces douleurs succédait un écoulement de sang, et la dilatation du col se faisait progressivement, mais peu à peu. A minuit l'orifice du col était dilaté comme une pièce de 10 pauls; un corps mou faisait saillie; il fut bientôt extrait avec deux doigts. La môle expulsée pesait 2 livres; elle contenait une foule d'hydatides dont le volume variait depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Après que cette môle eut été expulsée, il y eut un écoulement de sang et l'utérus se contracta convenablement. Le lendemain une nouvelle môle du poids de 8 onces fut expulsée avec un gros caillot sanguin. Pendant les 4 jours qui suivirent cette dernière expulsion, il y eut un écoulement de matières lochiales, brunâtres et fétides, mais jamais sanguines qu'accompagnaient encore quelques vésicules hydatiques. La malade se rétablit promptement. (Vannoni, *Gazetta toscana* et *Rev. med.-chir.*, t. IV, p. 310, 1848.)

Il n'y avait pas de bruit de souffle placentaire dans l'observation de Pajot; ce souffle existait dans toute l'étendue du bas-

ventre d'une aine à l'autre dans celle ci-dessus, rapportée de Villiers où le fœtus était vivant. On percevait en même temps les bruits cardiaques.

Voyons quels sont les troubles fonctionnels de l'utérus.

La leucorrhée, indiquée comme ordinaire chez les malades en grossesse hydatoïde, n'est signalée que dans 5 des observations que j'ai recueillies.

Nous voyons au contraire que la diminution, l'irrégularité, puis la suppression de la menstruation dans la plupart des cas sont comme dans la grossesse ordinaire. Mais le plus souvent, et ce caractère est important, ils se produit des pertes plus ou moins irrégulières, plus ou moins abondantes.

50 observations nous fournissent des renseignements sur ce chapitre.

Elles ont débuté à	1	mois	dans	1	cas.
—	2	»	»	5	»
—	2 1/2	»	»	1	»
—	3	»	»	11	»
—	4	»	»	11	»
—	5	»	»	2	»
—	8	»	»	1	»
				32	

Ces hémorrhagies sont le plus souvent légères (16 cas), quelquefois abondantes (4 cas). Elles ont été mortelles pour les malades de Pelvet, E. Home; celle de la Motho, épuisée par des pertes qui avaient duré 15 et 18 jours, succomba 10 à 12 heures après avoir été délivrée.

Quelquefois il y a une seule hémorrhagie (Martin le jeune), ordinairement il y en a plusieurs qui se reproduisent à diverses époques irrégulières (15 cas), aux époques menstruelles (Tarneau), tous les jours (Watson, Duhamel), ou qui deviennent continues (Nolé, Silvy, Depaul, Destrez, Garnier) ou presque continues (Mauriceau). Ces pertes durent 15 jours (Lasserre), 3 semaines (Leclerc, Saviard), 6 semaines (Villiers), 2 mois (Martin le jeune, Mauriceau), 4 mois (Malichecq, Mauriceau, Lisfranc). Elles se produisent sans (Malichecq) ou avec douleurs (Percy).

Terminons ce qui a trait aux symptômes fournis par l'utérus en disant qu'il y a quelquefois de la pesanteur ou des douleurs abdominales (Duhamel, Franche, Gibert), qui peuvent augmenter à l'époque des règles.

D'après Mme Boivin, en général chez la plupart des femmes, es mamelles se gonflent, l'aréole devient plus foncée, le mamelon suinte sous la pression du doigt une humeur lactiforme. Vers le deuxième mois, ajoute Cloquet, les mamelles qui avaient été tendues et douloureuses deviennent flasques. L'état des seins pendant la grossesse est mentionné dans 10 de nos observations.

Dans celle de Garnier, ils ne présentèrent aucune modification.

Percy, Lanfray, Depaul, Nauche, se bornent à signaler le gonflement d'une manière générale.

Dans celle de de Soyre, le gonflement survenu à 3 mois ne dura que 3 jours. Dans celle de Watson, les seins après avoir gonflé diminuèrent ensuite. Dans celle de Tarneau il survint à 5 mois sans être accompagné d'aucune sécrétion. Enfin chez la malade de Bourguet et Guy, il y avait au quatrième mois sécrétion de sérosité lactescente.

Organes digestifs. — Les symptômes qui se rapportent à l'appareil digestif sont à peu près les mêmes que dans la grossesse fœtale, et ne nous arrêteront pas longtemps.

Littre, Leroy, Millot, ont signalé le ptyalisme ; la malade de ce dernier rendait jusqu'à 2 pintes de salive en vingt-quatre heures.

Les goûts bizarres, la gastralgie, l'anorexie, les nausées, ne donnent lieu à aucune remarque spéciale.

Les vomissements ont été relatés dans 14 cas ; ils étaient fréquents dans les observations de Boivin, Odelner, d'Outrepont, Dardignac, et revêtaient la forme de vomissements incoercibles dans celles de Michel, dans celles de Henrot, où ils se produisirent dans six grossesses hydatiques successives, et nécessitèrent six fois la délivrance artificielle ; enfin, dans celles d'E. Home, de Malichecq, où ils entraînèrent la mort.

Organes urinaires.— La rétention d'urine est notée dans l'observation de d'Outrepont, mais il y avait là une rétroversion

ancienne ; et dans la suivante de Bienfait : femme ayant eu précédemment deux enfants nés à terme. Durant une troisième grossesse, elle fut prise de pertes abondantes amenant un état syncopal s'accompagnant de rétention d'urine. Le toucher donnait la sensation d'un placenta inséré sur le col ; la main ayant ramené ce qui paraissait être un placenta volumineux, on put reconnaître que c'était en réalité un placenta hydatique composé de deux parties : l'une formée de tissu spongieux, vasculaire, friable, présentait des traces de noyaux apoplectiques ; l'autre était composée de grains ovoïdes attachés les uns aux autres (Soc. de méd. de Reims, 1867).

Œdème, albuminurie, éclampsie. — L'œdème a été mentionné par Mme Boivin, Franche-Villiers, Destrez, Lisfranc, Malichecq. Dans l'une des observations de ce dernier, il y avait en même temps albuminurie. Pendant le travail, la malade eut plusieurs attaques d'éclampsie, mais finit par guérir.

Etat général. — E. Home, de Soyre, Franche, ont signalé un épuisement et un amaigrissement allant jusqu'au marasme chez la malade de Millot, et chez l'une de celles de Lisfranc. Enfin, il y avait de la fièvre chez les malades de Dardignac, Gibert, Christ a Vega, et chez deux autres traitées par Lisfranc et par Martin le jeune.

Diagnostic. — Que, si maintenant nous résumons ces données au point de vue du diagnostic, nous sommes obligés de reconnaître qu'il n'y a dans tout cela rien de caractéristique. Nous retrouvons à peu près les accidents de la grossesse fœtale, avec un développement de l'utérus irrégulier, mais sans irrégularité précise, avec absence des bruits cardiaques du fœtus quand le fœtus n'existe pas, et peut-être dans le bruit de souffle, une particularité qui me paraît bien un peu subtile. Les hémorrhagies, quand elles se produisent et se répètent, ont une certaine valeur.

H. Cloquet fait connaître un signe pathognomonique : dans les moments de douleurs, dit-il, ou les efforts pour aller à la selle, la femme rend des acéphalocystes isolées ou groupées par petits paquets. Mais Mme Boivin a raison de répondre qu'il ne s'en échappe guère qu'au moment où la masse va être expulsée

en totalité, car il ne me souvient pas d'avoir lu une seule observation où le fait signalé par H. Cloquet ait été rencontré. En cet état de choses, il appartient à la sagacité du chirurgien de bien peser l'ensemble de ces caractères, pour la plupart purement négatifs, et de poser son diagnostic par voie d'exclusion. Pas n'est besoin d'indiquer les affections avec lesquelles on peut confondre la grossesse hydatiforme ; mais elle doit entrer en ligne de compte dans le diagnostic général des tumeurs abdominales.

Pronostic. — Au point de vue du pronostic, nous dirons que si, dans la plupart des cas, les choses se passent assez simplement, dans d'autres, au contraire, les hémorrhagies, les vomissements, peuvent avoir sur la santé générale un retentissement plus fâcheux, et même conduire à la mort avant la délivrance. Sur une centaine d'observations que nous avons analysées, nous avons compté 15 cas de mort, 7 se produisirent pendant cette période (E. Home, Pelvet, Lossius, Mercatus, Lanzoni, Pechlin, Unerwolf).

D'un autre côté, il n'est pas exact de dire, avec Cloquet, que si la femme guérit, elle devient stérile, et que si elle est apte à concevoir, elle est sujette à l'avortement. Nous avons vu combien sont rares les faits de grossesses hydatoïdes successives : six femmes accouchèrent ensuite d'enfants tous bien portants ; on n'a pas signalé un seul avortement, et si ces faits ne sont pas plus nombreux, c'est que les malades n'ont pas été suivies.

Il est certain que la production de la môle hydatoïde amène la destruction de l'embryon à une époque très-rapprochée de la conception, puisque, dans la plupart des observations, on ne trouve pas de traces de son expulsion ; mais il n'est pas exact de dire, avec Cruveilhier, qu'elle soit une cause constante d'avortement, ni avec Mme Boivin, que la mort du fœtus soit inséparable de son existence. Si l'on veut bien se reporter aux 16 faits que j'ai mentionnés précédemment, on verra que dans 6, il y eut avortement à six semaines, trois, quatre, six mois ; dans 3, la grossesse suivit son cours après expulsion de la môle ; dans 6, les deux produits furent expulsés simultanément ; dans 1, il

n'y eut pas d'expulsion, la femme mourut auparavant. L'œuf peut donc se développer pendant un temps assez long, et peut aller exceptionnellement jusqu'à son développement complet, car six des enfants étaient vivants, le septième, celui de M. Villiers, mourut pendant le travail. Je vois dans ces faits un argument en contradiction avec l'opinion de Robin, de Hewit, qui veulent que la mort du fœtus précède, détermine la production de la môle. Je ne m'arrêterai pas à discuter cette question, oiseuse peut-être, mais certainement fort obscure.

C. — De l'expulsion de la môle.

I. *Du travail.*

Le travail d'expulsion se présente comme un véritable travail d'accouchement. Après un écoulement séreux sale (Villiers, Bourguet), séro-sanguinolent (Carteaux), plus souvent sanguin plus ou moins abondant, des douleurs lombaires ou abdominales, régulières ou irrégulières, se manifestent quelquefois extrêmement intenses (Bourgoin, Cruveilhier). Dans deux cas de Pichart et de Malichecq, il n'y a pas eu d'hémorrhagies, mais celles-ci se produisent le plus souvent, et souvent aussi avec une extrême abondance, quelquefois mortelles. L'orifice se dilate, et l'on peut sentir une tumeur molle, spongieuse, qui souvent a été prise pour le placenta (Bienfait, Boivin, Carteaux, Duhamel, Lisfranc, Sée, Nolé, Pajot, Percy, Souville, Villiers, Vannoni), cause d'erreur qu'il importe de signaler. Dans certains cas, la dilatation se fait avec une extrême lenteur, de 18 à 20 heures (Vannoni, Pajot) ; une fois Cruveilhier dut dilater le col avec le doigt. Lisfranc n'hésita pas à l'inciser.

Puis, l'expulsion a lieu. Ordinairement la masse est expulsée en totalité, quelquefois aussi en deux ou plusieurs parties presque simultanément ou à la distance de quelques heures (Lasserre, Destrez, Depaul, Millot, Vannoni). Quelquefois aussi la masse principale est précédée (Percy, Nauche) ou suivie de l'expulsion de vésicules isolées ou de petites grappes (Boucher, Franche, Debourg, Lisfranc, Martin, Michel, Nauche, Nolé, de Soyre, Percy). Ce phénomène a été observé pendant 8 et même 15 jours.

L'expulsion a lieu généralement par les seuls efforts de la nature. Dans quelques cas, il a fallu avoir recours à quelques manœuvres ; la dilatation et l'incision du col dont nous venons de parler ; le seigle ergoté (Pajot, Lisfranc) ; le tamponnement a été employé par Lasserre et par Chailly pour parer à une hémorrhagie. Lisfranc, Mme Boivin, Percy, employèrent des injections pour ranimer les contractions utérines. Lisfranc pratiqua l'extraction au moyen d'une pince à mors, procédé qui ne réussit point à Villiers, le produit étant trop fragile. On a plus d'avantage à employer la main comme l'ont fait Boucher, Sée, Bienfait, Brachet, Martin, Silvy, Mauriceau, Villiers, Stalpart Van der Viel.

La durée du travail a été indiquée dans 15 cas : elle a été de 3 à 24 heures dans 12 ; elle s'est prolongée pendant 3 jours dans les observations de Stalpart Van der Viel, de Martin le jeune ; pendant 4 jours, dans l'une de celles de Cruveilhier, et dans ces 3 cas, l'accouchement ne fut obtenu que par l'extraction.

Dans un cas de Moth (Mme Boivin) il se produisit une rupture de l'utérus ; l'accouchement n'eut pas lieu, et, à l'autopsie, on trouva la môle passée en partie dans la cavité abdominale.

II. *Suites de l'expulsion.*

Elles sont à peu près celles des grossesses ordinaires.

En général, les douleurs, l'hémorrhagie cessent (Lee, Malichecq, Nauche, Gibert), ou diminuent (Chevalier) ; la matrice se rétracte et rentre dans l'excavation.

La fièvre de lait s'établit, dure quelques jours ; son absence n'est signalée que dans les observations de de Soyre, de Garnier, de d'Outrepont ; son existence est expressément mentionnée dans 10. Les seins se gonflent (12 obs.) sans sécrétion (Boivin), ou avec sécrétion lactiforme (Bernier, Gordanne, Dardignac), ou lactée (Lanfray, Lee) ; elle était même abondante dans ce cas. Dans une observation de Mme Boivin, la sécrétion lactiforme n'avait lieu que dans le sein droit.

Dans 5 cas, l'hémorrhagie a persisté pendant quelques jours, mais peu abondante.

Puis, l'écoulement lochial s'établit quelquefois infecte, puri-

forme (Boivin, Vaunoni, de Soyre), s'accompagnant de caillots ou de vésicules, durant seulement quelques jours, ou se prolongeant un mois (d'Outrepont); puis la malade se rétablit dans un assez bref délai.

Telle est la marche ordinaire, mais les choses se passent parfois d'une façon moins satisfaisante.

D'Outrepont a vu de violentes tranchées durer encore pendant 24 heures, et l'utérus ne rentrer dans l'excavation que le douzième jour. Dans celui de Chevalier, le col resta longtemps dilaté comme dans l'accouchement, et le ventre tendu.

Il en fut de même dans les deux cas de Mme Boivin. L'accouchée de Leclerc fut plus malade de cette couche que de ses autres accouchements; il en fut de même des deux malades de Cruveilhier.

Dans les deux cas de Mme Boivin, il y avait une grande faiblesse, allant jusqu'à la syncope dans celui de Michel, jusqu'à la mort imminente dans celui de Souville.

Dans ces circonstances, le rétablissement se fait lentement (Bourgoin, Smellie), se fait attendre plus d'un mois (Boivin), et même six mois (Lisfranc) et plus (Bourguet), après de graves complications, et peut rester incomplet (Souville, Malichecq).

Des deux malades de Nauche, l'une, qui s'était levée et avait repris ses travaux, fut prise, le troisième jour après son accouchement, d'une métrorrhagie que l'on eut de la difficulté à arrêter.

L'autre présenta, trois mois après, un gonflement du ventre qui finit par disparaître, et elle reprit une assez bonne santé tout en restant incommodée d'une leucorrhée abondante.

Une autre, de Martin le jeune, fut prise, après quelques jours, d'une fièvre adynamique qui guérit.

Enfin, la délivrance fut suivie de mort dans 7 cas. La mort survient; 1° par hémorrhagie; aprés une perte de sang qui avait duré 15 à 18 jours, la malade était réduite à un état si pitoyable, qu'elle mourut 10 à 12 heures après avoir été délivrée de sa môle (de La Mothe, cité par Mme Boivin).

En arrivant près de sa malade, dont la perte durait depuis plusieurs mois, Picard de Louviers la trouva sans pouls, bai-

gnant dans son sang, venant de rendre la masse hydatique qui était encore près de la vulve. Cette femme mourut le quinzième jour de l'expulsion de la môle par suite de l'hémorrhagie qu'elle avait éprouvée (Picard).

2° Par suite de vomissements incoercibles. — En 1860, une femme de 26 ans, qui avait eu des enfants, se crut enceinte : dérangement d'estomac, vomissements pour ainsi dire incoercibles. Un travail semblable à celui d'un avortement s'établit, amena l'expulsion d'une masse d'hydatides; mais la malade resta si épuisée, qu'elle succomba quelques jours après (Malichecq, Gazette des hôp., p. 323; 1866).

3° Par progrès de la tuberculisation. Douze jours après la délivrance (Debourge, Arch. gén. de méd., t, XXIV; 1830).

4° Sans cause indiquée. Une femme avait rendu, par le vagin, une grande quantité de sang caillé et un grand nombre d'hydatides. Elle mourut. A l'autopsie, le tissu de la matrice ne présentait aucune déchirure ni aucune trace d'hydatides (Lucas-Championnière, Journ. de méd. et de chir. prat., p. 36; 1832).

5° Par péritonite (Villiers).

Une dame, dont le col utérin était fortement dilaté, rendit quelques hydatides au milieu de douleurs expulsives. On fit des injections avec de l'eau salée, puis vinaigrée. Une masse hydatique volumineuse sortit presque immédiatement; mais aussitôt se développa une métro-péritonite effroyable. La malade mourut en quarante-huit heures (Lisfranc, Clin. chir., t. III, p. 359).

Est-ce à la maladie ou au traitement que la malade a succombé?

Traitement. — Il y a peu de chose à dire sur le traitement. Il est bien entendu que l'on ne peut songer à empêcher la production de la môle hydatoïde, ni à en entraver la marche; il faut attendre, attendre et surveiller; puis, employer les moyens usités pour combattre les symptômes graves quand ils se manifestent, et, en particulier, l'hémorrhagie et les vomissements.

Je termine ici ce travail, comme je l'ai déjà dit; il n'a pas

dépendu de moi de le rendre plus complet. La méthode tout analytique que j'ai suivie en rendra sans doute la lecture fastidieuse ; il ne l'a pas été moins pour l'auteur, mais c'est là, ce me semble, la seule méthode à employer pour arriver à des résultats réellement scientifiques, et certains. Quoi qu'il en soit, de sa valeur, il représente une certaine somme de travail et de recherches ; il appelle l'attention sur un point de pathologie un peu négligé et très-incomplètement connu.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE (1)

Parmi les questions à l'ordre du jour, il en est peu qui offrent plus d'intérêt que l'affection désignée communément sous le nom de *dysménorrhée membraneuse*. Sa rareté relative, les controverses multiples dont elle a été l'origine, l'obscurité de ses causes non moins que sa résistance bien avérée à la thérapeutique, sollicitent au plus haut point l'attention du gynécologiste. Dans cette revue portant sur les observations ou travaux publiés depuis 1872, nous viserons moins à donner une physionomie complète de cette affection qu'à faire connaître les opinions auxquelles elle a donné naissance et à signaler les moyens qui ont réussi quelquefois à triompher de sa ténacité.

Et d'abord le nom qu'elle porte est-il légitime ? Oui, si l'on s'en tient aux symptômes caractéristiques, c'est-à-dire au phénomène de l'expulsion d'un sac membraneux coïncidant avec l'hémorrhagie menstruelle ; non, si l'on désire exprimer ainsi une relation étroite, une connexion intime entre l'un et l'autre phénomène. L'analyse mi-

(1) Haussmann, *Die Lehre v. d. decidua menstrualis. Beitræge z. Geburth. u. Gynæk.* Berlin, 1872, t. I, p. 155, avec pl — Salowief, *Arch. f. Gynæk.*, t. II, p. 68, et t. VIII, p. 527. — Slavjanski, *Arch. f. Gynæk.*, t. IV. p. 285. —Hennig, *id.*, t. VIII, p. 236.—Beigel, *id*, t. IX, p. 84, avec pl.—Unschuld, *Berl. klin. Wochensch.* 1874, n° 45, p. 570.—Finkel, *Virchow's Archiv*, t. LXIII, p. 401, avec pl. — Gusserow, *Volkmann's klin. vortræge*, n° 81. — Menstruation et dysménorrhée. — L. Mayer, *Beitræge z. geburtsh. u. Gyn.*, Berlin, 1876 ; t. IV, p. 29. — Hoggan, *Trans. obst. Soc. London*, 1875, t. XVI, p. 228. A. Meadows, *id.*, t. XVI, p. 231.

nutieuse des observations démontre avec toute évidence que l'acte physiologique de la menstruation ne joue dans la maladie qu'un rôle secondaire. Sans doute à cette occasion, l'utérus se trouve dans les conditions favorables pour expulser la muqueuse qui revêt sa cavité, mais on ne saurait oublier que cette expulsion peut quelquefois se faire en dehors de ce moment. La dénomination de *caduque menstruelle* employée par certains auteurs ne saurait davantage lui être préférée, car elle implique un acte préalable qui n'existe point dans ce cas particulier. Elle ne peut s'expliquer que par l'opinion qui a régné longtemps à ce sujet, opinion d'après laquelle ces produits membraneux étaient considérés comme le résultat d'un avortement survenu dans les premières semaines de la grossesse. L'examen consciencieux des faits contredit irrévocablement cette opinion qui a eu pendant de longues années une créance extraordinaire et que Haussmann a soutenue avec une insistance digne d'une meilleure cause. Sans doute il n'est pas douteux que certaines femmes puissent expulser des membranes semblables à la suite d'un avortement ovulaire, que pareil phénomène ne puisse survenir dans le cours d'une grossesse extra-utérine, mais il ne saurait s'ensuivre que tous les faits sans exception soient susceptibles d'une semblable interprétation. En tout cas, une pareille conclusion n'est plus possible aujourd'hui en présence des notions acquises. Non-seulement Dubois, Lehnerdt, Eggel, Courty, Finkel et Beigel ont constaté ce phénomène chez des filles non déflorées et parfaitement vierges, mais encore sa répétition mensuelle pendant cinq, dix époques menstruelles et même pendant une série d'années eussent dû suffire pour faire rejeter l'idée qu'elles étaient fatalement le résultat d'une fécondation antérieure. Dans son vif désir de redevenir mère, la dame que j'ai soignée émit cette pensée la première fois que je la vis, mais elle ne tarda pas à être désabusée quand, séparée de son mari par une vingtaine de kilomètres, elle vit se reproduire pendant cinq époques successives l'expulsion du sac membraneux. Partant, à moins de nier l'évidence, on est amené à proclamer l'indépendance de la dysménorrhée membraneuse par rapport au phénomène d'une grossesse antérieure.

L'examen microscopique qui a été fait à plusieurs reprises du produit expulsé vient à l'appui de cette conclusion. Sans doute, les résultats de l'examen n'ont pas été absolument identiques, mais quelque divers qu'ils aient été, aucun ne témoigne en faveur d'une conception antérieure. La cause ne saurait davantage en être placée dans l'influence des ovaires, mais, au contraire, tous les éléments qui ont été réunis semblent dénoncer l'organe qui est le point de départ de l'exfoliation.

Cette accusation à laquelle on est instinctivement amené a-t-elle des fondements sérieux? et postérieurement quelle est l'altération

primordiale? Telles sont les deux questions qu'il convient d'examiner avec un certain intérêt.

L'état de la matrice chez les personnes atteintes de cette curieuse affection est varié : tantôt l'organe paraît sain ou du moins médiocrement augmenté en volume ; tantôt, au contraire, il est plus ou moins profondément altéré et l'examen fait reconnaître, soit une inflammation à des degrés divers, soit un changement de position, soit une tumeur fibreuse, soit encore une lésion mécanique. Je ne puis entrer à cet égard dans des détails intimes, il me suffira de dire que, sauf la dégénérescence cancéreuse, l'expulsion de semblables membranes a été relevée dans toutes les maladies de l'utérus. L'irritation produite par les excès de coït suffit quelquefois pour la provoquer, et à titre de preuve nous évoquerons le fait si curieux relaté par Tyler Smith (*The Lancet*, 1855, t. I, p. 608)

La notion de la diversité de ces états comme aussi la rencontre de ces processus morbides à l'état d'isolement ont, ce nous semble, une véritable signification : elles démontrent que ces lésions variées ne jouent pas un rôle dans la production de la maladie qui nous occupe, mais en sont compliquées ; c'est du moins, d'après ma manière de voir, le seul enseignement qui en ressorte ; s'il n'exclut pas l'idée d'une localisation, il ne la démontre pas non plus d'une façon incontestée.

Heureusement pour la pathogénie, l'examen microscopique des membranes dysménorrhéiques fournit à ce propos un précieux élément d'information, à la condition cependant de ne point s'en laisser imposer par les dissemblances constatées. Il existe, en effet, de nombreux désaccords entre les descriptions qui en ont été données; mais si cette circonstance prouve que les membranes rendues par les femmes dysménorrhéiques sont d'espèces différentes, on ne saurait en conclure qu'elles sont le résultat d'un processus différent. Tout bien considéré, cette diversité n'est autre chose que le témoignage des diverses phases par lesquelles passe la maladie et représente vraisemblablement les étapes successives de la dégénérescence de la muqueuse utérine.

L'espèce la plus complète est celle dans laquelle la muqueuse utérine est expulsée dans sa totalité y compris les culs-de-sac glandulaires. Examinée au microscope, elle se compose : *a*) de tissu conjonctif ; *b*) d'épithélium cylindrique non vibratile et sans noyaux ; *c*) de glandes en tubes sans épithélium, d'ordinaire remplies de sang ; *d*) de vaisseaux à parois homogènes, brillantes, sans trace d'organisation, gorgés de sang : *e*) de franges terminales formées de fibrine et de globules rouges. Dans l'espèce qui se place après, la couche la plus profonde de la muqueuse est demeurée dans l'utérus avec les glandes qu'elle contient. Dans une troisième espèce, il y a du tissu

connectif à l'état embryonnaire; enfin, dans une quatrième, il y a des plaques d'épithélium ou des cellules qui sont très-semblables à celui-ci. Dans toutes les espèces, on constate un trait commun, c'est-à-dire une production excessive de cellules rondes ou ovales, tantôt granuleuses, tantôt, au contraire, d'aspect homogène vitreux. Ces cellules dont l'origine serait de nature inflammatoire écartent le tissu lamineux ou bien sont agglomérées autour des vaisseaux et des glandes. Ce seraient elles, en définitive, associées aux hémorrhagies qui provoqueraient l'exfoliation de la muqueuse.

Ainsi donc la maladie dont il s'agit devrait être considérée comme une *endométrite exfoliatrice* compliquée d'hémorrhagies répétées dans le tissu muqueux. Le nombre considérable de cellules qui infiltrent et écartent le tissu conjonctif, la grande quantité de sang qui gorge les vaisseaux, qui remplit les glandes et pénètre le tissu conjonctif, les blocs de fibrine brillants répandus çà et là dans les tissus, les franges qui existent sur la surface externe de la membrane et qui sont parfois parcourues par des vaisseaux (Saviotti), toutes ces raisons paraissent suffisantes pour adopter cette opinion dont Finkel et Beigel ont été en Allemagne les principaux champions.

L'endométrite exfoliatrice, car je suis tout disposé à accepter cette manière de voir, est plus facile à diagnostiquer qu'à guérir; aussi certains auteurs, Gusserow, entre autres, l'ont rangée parmi les maladies incurables. Sans contester qu'elle ne soit souvent rebelle à tout traitement, on doit en appeler de ce classement, car on a par devers soi des faits témoignant de la possibilité de sa guérison. J'ai mis quelques soins à les recueillir, car rien n'est plus navrant que de semblables déclarations. J'ai été secondé dans cette tâche par une courte note de Hennig.

1° L'endométrite exfoliatrice peut guérir spontanément ainsi que cet auteur en cite deux exemples. Une veuve de 40 ans, robuste, souffrant depuis de longues années d'un catarrhe utérin, rendit en octobre 1848 une membrane dysménorrhéique. Elle eut peu après une névralgie des deux plexus brachiaux, mais elle n'a plus expulsé de membrane. Une veuve de 36 ans, en traitement pour un myôme utérin (*M. F. Geb.*, t. VIII, p. 426), a également rendu une de ces membranes, et depuis, avant comme après la ménopause, elle n'a plus éprouvé d'accidents analogues.

2° La guérison est plus souvent le fait d'une intervention thérapeutique, soit qu'elle ait pour base des moyens astringents, soit des irrigations prolongées ou des bains de siége tièdes. Dans le cas de Hennig, l'emploi de ces derniers moyens amena une guérison radicale; il y eut à la suite conception et accouchement à terme de deux jumeaux, l'un mort par torsion du cordon ombilical, l'autre vivant, qu'elle

nourrit. Depuis, la menstruation a été régulière et jamais elle n'a éprouvé d'accidents ultérieurs.

Dans le cas de Solowief, les injections intra-utérines de perchlorure de fer avaient arrêté pendant deux époques l'expulsion de membranes dysménorrhéiques, mais ultérieurement l'accident se reproduisit. La faradisation amena une guérison définitive. Un électrode fut placé à la région de l'un ou de l'autre ovaire, alors que le deuxième était porté dans la cavité utérine, ensuite l'un était placé à la symphyse pubienne alors que le second était placé dans le vagin. C'est ce qu'on faisait dans chaque séance, qui avait une durée totale de vingt minutes. Après quatre mois d'un semblable traitement, l'hyperesthésie avait complètement disparu ainsi que les membranes. En avril 1872, cette femme devint enceinte et accoucha à terme d'un garçon. Deux mois après, il y eut retour de la menstruation, et plus tard une seconde grossesse, mais depuis il n'y a plus eu de nouvelles membranes expulsées. Dans le cas qui m'est propre, le traitement dura cinq mois : il consista en injections intra-utérines, en bains de siége et en grands bains et surtout en cautérisations au nitrate d'argent. Grâce à ces moyens, l'expulsion de la membrane n'a plus eu lieu; mais, quoique près de quinze ans se soient écoulés depuis la guérison complète, cette personne n'a pas eu une nouvelle grossesse. J'ignore à quoi tient cette stérilité persistante, mais par un examen récent, je me suis assuré que l'état de l'utérus y était complètement étranger. Enfin Louis Mayer, chez une femme âgée de 33 ans, ayant eu quatre enfants, a obtenu une amélioration marquée. Chose digne d'être notée, la maladie était survenue à l'âge de 32 ans.

Ces faits et quelques autres publiés en France démontrent la possibilité d'une guérison, mais leur petit nombre est en même temps une marque de la ténacité de l'affection et des difficultés réelles qu'on éprouve à en obtenir la curation. On y réussira d'autant mieux que le cas sera moins invétéré, que la membrane expulsée sera moins complète, mais en tout cas il faut s'armer de patience et savoir user avec discernement des moyens usités contre les inflammations utérines.

Dr Albert Puech.

REVUE DE LA PRESSE

HÉMORRHAGIE PULMONAIRE CHEZ UNE FEMME ARRIVÉE AU TERME DE LA GROSSESSE. — MORT. — OPÉRATION CÉSARIENNE. (1)

Par P. BUDIN, interne à la Maternité.

Le 29 octobre 1875, à 5 heures 15 minutes du soir, on apportait à la Maternité la nommée Fra... (Marie), âgée de 24 ans,

(1) Extrait du *Progrès médical* du 4 mars 1876.

célibataire, domestique. Cette femme était habituellement bien portante ; en 1869 ou 1870 seulement elle avait séjourné pendant quelques semaines à l'Hôtel-Dieu, elle avait eu, paraît-il, un œdème généralisé (?). Elle était brune, grande, forte et grosse ; elle était, de plus, enceinte et arrivée à terme ; elle attendait de jour en jour sa délivrance. Depuis quelque temps elle toussait un peu, lorsque le 29, à 4 heures du soir, elle se mit tout à coup à cracher le sang en grande abondance ; un médecin appelé en toute hâte lui fit administrer une potion ; l'hémotypsie parut s'arrêter, et on la transporta à l'hospice de la Maternité. On avait à peine eu le temps de la mettre au lit et d'obtenir d'elle les renseignements qui précèdent lorsque de nouveaux crachements de sang survinrent. L'hémoptysie fut si abondante et si foudroyante que rien ne put l'arrêter, et qu'à sept heures du soir la femme était mourante. En notre absence, on courut en toute hâte chercher notre excellent collègue, M. Golay, interne à la maternité de l'hôpital Cochin, et lorsqu'il arriva, la malade avait succombé depuis dix minutes.



Fig. 1. — Organes génitaux externes.

Comme peu de temps auparavant, on avait entendu les battements du cœur du fœtus, en bas, en avant et à gauche de la



paroi abdominale, il pratiqua l'opération césarienne. Cette opération fut simple et rapidement faite. M. Golay parvint à extraire un enfant du sexe masculin qui était placé comme le sont e plus habituellement les fœtus, et présentait le sommet en position O. I. G. A. Cet enfant était en état de mort apparente. Une aide sage-femme l'examina, n'entendit pas les battements du cœur, crut l'enfant mort et l'abandonna sur un lit; dix minutes plus tard, l'autre aide l'ausculta, et à son grand étonnement constata l'existence des battements cardiaques très-faibles ou mieux d'un frémissement cardiaque. Elle se mit alors à pratiquer l'insufflation avec une grande persistance; les battements du cœur devinrent de plus en plus forts, et enfin, au bout de trois quarts d'heure, l'enfant fit une première inspiration; après 1 heure 1/2, il était complètement ranimé.

Il parut pendant quelques instants aller assez bien ; mais bientôt il fut pris de mouvements convulsifs, de trismus, et le lendemain 30 octobre, à 6 h. du matin, il succombait.

Cet enfant avait une tête légèrement ovoïde, très-régulière, qui, mesurée par nous aussitôt après qu'il avait été insufflé et ranimé, présentait les diamètres suivants :

OM.	12,4
Maxim.	12,9
OF.	11,8
Ss-o-Bg.	10,3
BiP.	10
BiT.	8,7
BiM.	7,8
Grande circonférence (1)	37,6
Petite circonférence	33,5

Cet enfant mesurait 54 cent. de longueur ; il pesait 2,970 gr. Le point d'ossification de l'extrémité inférieur du fémur était très-apparent, comme l'a démontré l'autopsie ; il était donc à terme.

A l'examen cadavérique, on constata de plus une congestion de la partie postérieure et de la base des poumons ; des taches

(1) Pour le tracé graphique de cette tête et pour plus de détails voyez notre thèse : *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. — Recherches cliniques et expérimentales.*

ecchymotiques nombreuses sur le péricarde, une congestion très-intense des méninges, et un peu de suffusion sanguine sur la convexité des deux hémisphères.

L'AUTOPSIE de la mère fut faite le 36 octobre, à 9 h. 30 minutes du matin. Au sommet des deux poumons on trouva quelques granulations tuberculeuses; au sommet du poumon gauche existaient deux petites cavernes; dans l'une de ces cavernes, qui offrait le volume d'une aveline, du sang était épanché, sang qu'on pouvait suivre dans la bronchiole, la bronche, et la trachée. Du sang était en outre passé dans quelques autres bronches, dans les canaux du lobe inférieur et même dans le poumon droit.

Le *cœur* était volumineux, le ventricule gauche surtout était hypertrophié, complétement vide, et les gros vaisseaux ayant été sectionnés au niveau de leur origine, l'organe pesait 289 grammes : il était, du reste, tout à fait sain. Le *foie*, la *rate*, l'*estomac*, les *intestins*, le *pancréas*, étaient normaux. Le *rein* gauche pesait 180 grammes et le gauche 175 grammes, ils n'étaient ni l'un ni l'autre le siége d'aucune altération.

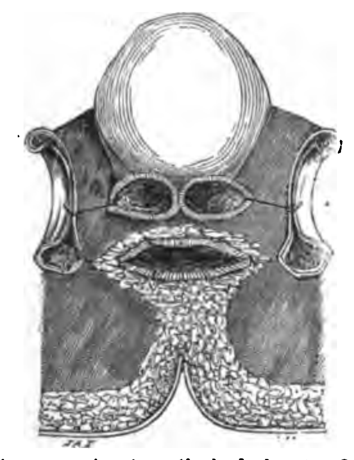


Fig. 2. — Coupe transversale et verticale du bassin. On trouve de haut en bas : 1° la vessie; 2° les deux vagins accolés comme deux canons de fusil; 3° le rectum.

L'*utérus* semblait avoir été sectionné sur la ligne médiane; l'incision, qui avait été faite, passait juste au niveau du bord

du placenta qui s'insérait sur la partie latérale droite de l'organe. Ce placenta était de forme circulaire, il pesait 379 grammes : l'insertion du cordon était centrale.

En examinant de plus près l'utérus, on vit que, si cet organe paraissait normal, en réalité, il ne l'était pas : il était double avec cloisonnement complet et devait être, si on admettait la classification proposée par M. Lefort dans son excellente thèse, désigné sous le nom de *Utérus bipartitus globularis*.

Ce double organe, dans son ensemble, formait une masse pesant 757 grammes et mesurant 20 centimètres de longueur sur 18 centimètres de largeur. Il existait deux cols complètement séparés. L'utérus gravide était l'utérus droit : il mesurait à lui seul 11 centimètres de largeur sur 20 centimètres de longueur. Son col, dont les deux orifices interne et externe étaient fermés, avait conservé toute sa longueur et mesurait 5 centimètres d'un orifice à l'autre ; sa cavité était complètement oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rosé qui allait de la cavité du corps jusque dans la cavité vaginale, le mucus faisait saillie hors de l'orifice externe qui était circulaire et appartenait nettement à un col de primipare.

Le second utérus, le gauche, était séparé du premier à la surface par un très-léger sillon : au niveau du pourtour de l'organe total, il existait à peine une dépression marquant sa séparation. Il n'était pas accolé au précédent, mais formait en réalité un tout avec lui. Il avait 18 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur. Son col avait la forme du col d'une nullipare : son extrémité inférieure n'était pas sur le même plan que celle du col droit, elle descendait un peu moins bas ; la cavité du col gauche mesurait 4 centimètres de longueur et était comme la cavité du col droit totalement remplie par un bouchon gélatineux.

La surface interne du corps de cet utérus gauche non gravide avait un aspect spécial ; elle présentait des masses lobulées d'un gris rosé, formant, en certains points, de véritables polypes, masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse : sur la coupe, en effet, on voyait la section du tissu musculaire utérin ; ce dernier mesurait environ 4 millimètres

d'épaisseur, et la muqueuse hypertrophiée offrait par places jusqu'à 7 et 8 millimètres de hauteur.

Cette muqueuse était surtout épaisse au niveau du fond de l'organe, son épaisseur diminuait au fur et à mesure qu'on descendait vers le col; à une certaine distance au-dessus de l'orifice cervical interne, elle semblait s'arrrêter, tant elle était devenue mince. Il était facile, avec le dos d'un scalpel, de séparer cette muqueuse du tissu musculaire de l'utérus.

De chaque côté de l'organe total, il y avait un ligament rond, une trompe et un ovaire. A l'extrémité de la trompe droite était appendu un petit kyste en forme de grain de raisin. C'est sur l'ovaire droit qu'existait le corps jaune. Cet ovaire droit mesurait 45 millimètres de longueur sur 27 de hauteur. L'ovaire gauche mesurait 40 millimètres de longueur sur 25 de hauteur.

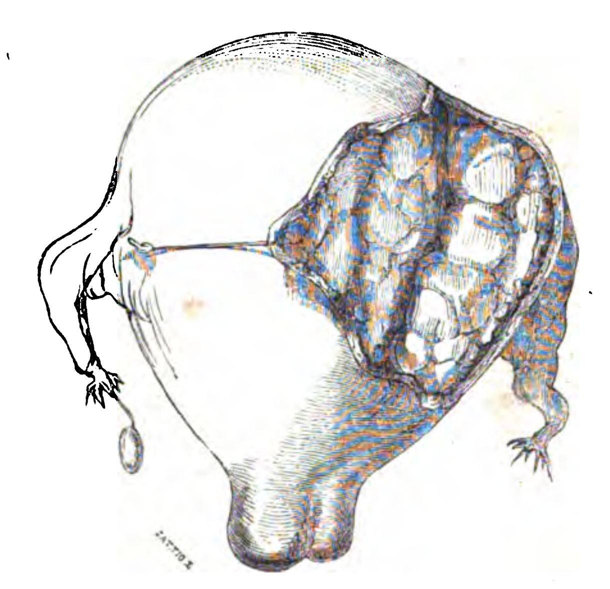


Fig. 24.— Utérus bipartitus globularis. L'utérus gravide, le droit est supposé fermé. L'utérus non gravide, le gauche a été ouvert, et on voit l'hypertrophie de la muqueuse qui offre des saillies mamelonnées.

Nous avons noté la présence de deux cols ; chacun de ces cols s'ouvrait dans un vagin diistinct ; les deux vagins étaient situés sur le même plan, l'un à droite, l'autre à gauche ; ils



étaient accolés comme deux canons de fusil et séparés par une cloison assez épaisse ; cette cloison s'étendait jusqu'au niveau de la vulve. Les parois des deux vagins offraient un grand nombre de rides transversales.

La vulve était unique : il existait deux grandes lèvres, deux petites lèvres, un clitoris, un méat urinaire ; mais au-dessous du méat commençait une cloison médiane qui descendait verticalement jusqu'à la fourchette. Les deux orifices vaginaux semblaient également perméables.

Il nous a été complètement impossible d'obtenir des renseignements précis sur la façon dont s'accomplissaient les fonctions génitales chez cette femme.

RÉFLEXIONS. — Outre la cause de la mort et les modifications de l'organisme dues à l'état de gravidité, l'hypertrophie du cœur, par exemple, étudiée déjà par Larcher, Blot, etc. ; le volume des ovaires (Cruveilhier, Puech, Guéniot, etc.) ; cette observation offre un certain nombre de particularités intéressantes.

La forme que présentait cet utérus ne se rencontre qu'exceptionnellement. Cet organe avait l'aspect normal à l'extérieur, mais possédait un cloisonnement complet à l'intérieur : *utérus globularis bipartitus*. Voici ce qu'écrivait M. L. Lefort sur ce sujet en 1863 : « Les exemples de faits anatomiques appartenant « à cette variété pouvaient *à priori* être annoncés comme très « rares. En effet, l'utérus ne présentant à l'extérieur aucune « modification dans sa forme, n'a rien qui attire l'attention dans « les autopsies, sauf le cas où la coexistence d'une cloison vagi- « nale a pu, pendant la vie des malades, appeler l'attention du « chirurgien. Mais il est une autre raison plus scientifique qui « explique le rareté réelle et absolue de ce vice de conformation. « Le travail formateur, embryogénique, dont nous avons dé- « composé les principaux phénomènes, est continu dans sa « marche, quelques-uns de ses actes sont simultanés. Si les « progrès du développement dont le dernier est la disparition « de la cloison qui sépare les utérus rudimentaires, cessent ou « se ralentissent, tout porte à croire que la fusion extérieure « des deux utérus (qui n'est pas encore achevée au moment où

« cette perturbation arrive) ne continuera pas à se faire. Le dé-
« veloppement se ralentira ou cessera dans tout l'organe à la « fois, produisant ainsi un utérus bicorne ou tout au moins « cordiforme plutôt qu'un utérus globulaire. » M. Lefort rapporte deux cas appartenant à cette variété, l'un dû à Eisenmann, et l'autre à Liepman; ce dernier est relaté par Kusmaul. On en trouve un troisième exemple dû à Spaeth et rapporté par M. Courty dans son Traité des maladies de l'utérus.

L'utérus était, dans le cas que nous rapportons, si globuleux et tellement unique extérieurement, que s'il avait présenté une légère torsion sur son axe, torsion amenant son bord gauche en avant, comme cela a lieu habituellement, l'opérateur eût pu pénétrer dans l'utérus gauche non gravide. Ici la section césarienne avait été faite tout près de la cloison de séparation.

Le col de l'utérus droit, bien que la femme fût à terme, avait conservé toute sa longueur, sa cavité mesurait 5 centimètres. Il n'est donc pas possible, comme l'a démontré M. Stoltz en 1826, de faire dans les derniers mois le diagnostic de l'âge de la grossesse d'après la longueur du col. C'est un fait à ajouter à ceux qu'ont rapportés Matthews Duncan (d'Edimbourg) et d'autres auteurs.

Le second utérus, l'utérus gauche non gravide, avait suivi son congénère dans son developpement ; il était considérablement hypertrophié. Son col était, de plus, tout à fait oblitéré par un épais bouchon gélatineux qui faisait saillie à l'orifice externe et s'étendait jusque dans la cavité du corps. S'il était possible de savoir à quelle époque de la grossesse existe ce bouchon gélatineux, cela pourrait être d'une certaine importance dans l'étude de cette question si discutée et si discutable de la superfétation.

Enfin la muqueuse de l'utérus non gravide était considérablement hypertrophiée ; il y avait là une véritable caduque. A l'examen histologique, fait par M. de Sinéty, on constata une hypertrophie considérable des glandes, et vers la partie de la muqueuse la plus superficielle, la plus interne, par conséquent, l'existence de grosses cellules qu'on trouve habituellement dans la caduque.



REVUE CLINIQUE

OVARITE DÉVELOPPÉE TRÈS-LENTEMENT, A LA SUITE D'UNE ROUGEOLE, par le Dr LIZÉ, ex-chirurgien en chef de la Maternité du Mans.

Mme veuve L..., âgée de 39 ans, de grande taille, lymphatique, à la tête d'une maison importante qui lui impose de fréquentes et nombreuses fatigues, fut atteinte, le 17 juin dernier, d'une rougeole intense et compliquée d'un état adynamique très-prononcé.

Le 22, l'éruption était éteinte ; mais, le 25 juin, Mme L... éprouva dans l'aine droite une douleur faible qui attirait à peine son attention. A partir de cette époque, le malaise alla grandissant, et Mme L... n'en continua pas moins de marcher, de vaquer à ses occupations habituelles, presque toujours debout ; aussi, le 17 juillet, fut-elle obligée de prendre le lit d'une façon définitive. Le Dr Melisson, son médecin ordinaire, trouvant une tumeur à la région iliaque droite, prescrivit des badigeonnages iodés et un repos absolu.

Le 24 juillet, je fus appelé en consultation. Au dire de Mme L..., jamais elle n'aurait eu ni flueurs blanches, ni métrorrhagies, ni aménorrhée ; en un mot, rien d'anormal du côté de la matrice et de ses annexes. Elle n'eut jamais qu'un enfant. La palpation fit reconnaître dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume du poing, oblongue, légèrement bosselée, rénitente, et mobile dans le sens bilatéral. La sensibilité, exagérée, se réveillait par la pression, de manière à causer une douleur vive qui s'irradiait le long de la cuisse correspondante jusqu'au genou.

Désormais, la marche, la station debout, les plus simples efforts devenaient impossibles.

Les règles n'avaient point paru à la dernière époque mensuelle. Embarras gastrique, mouvements fébriles irréguliers, surtout le soir. Deux verres d'eau de Pullna.

Le 25 juillet, la fièvre s'alluma davantage, pouls à 102 ; la douleur augmenta sensiblement ; en un mot, tous les symptômes de l'état aigu se dessinèrent graduellement. Une nouvelle consultation eut lieu entre les Drs Mélisson, Garnier et moi.

La palpation abdominale découvrit la même tumeur indiquée ci-dessus, mais devenue moins dure, plus élastique, et surtout plus douloureuse. Le toucher vaginal apprit ce qui suit : Le col utérin, très-élevé, légèrement entr'ouvert, paraissait sain et placé au centre de la cavité ; en lui faisant subir des mouvements alternatifs de latéralité, on n'augmentait pas la douleur qui siégeait à la région iliaque droite ; l'index ne rencontra pas de tuméfaction dans le cul-de-sac vaginal correspondant.

Comme dans ces affections le toucher vaginal éclaire mieux le diagnostic, après les données qu'il venait de fournir, nous crûmes à l'existence d'un phlegmon iliaque plutôt qu'à celle d'une ovarite. Un large vésicatoire fut appliqué sur la région malade, et le repos horizontal fut rigoureusement prescrit. — Bouillon de bœuf, eau vineuse.

Le 29 juillet, troisième consultation entre les Drs Mélisson, Garnier et moi.

La tumeur présentant une demi-fluctuation, l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy fut enfoncée assez profondément ; mais l'aspiration ne put extraire que quelques gouttelettes de pus. Il fallait encore attendre. — Cataplasmes de farine de lin.

Le 5 juillet, le toucher rectal fut pratiqué, malgré la répugnance de la patiente, parce qu'il a été reconnu par Lœwenhart, Siredey et Gallard, comme le meilleur mode d'exploration, quand il s'agit de diagnostiquer une affection ovarienne. L'index, porté aussi haut que possible dans le rectum, ne tarda pas à sentir sur le bord droit de l'utérus une tumeur d'un volume considérable, très-sensible à la pression, et d'autant plus accessible qu'elle était davantage déprimée vers la cavité pelvienne par la main gauche appliquée sur la région iliaque droite.

J'essayai ensuite les touchers vaginal et rectal combinés, d'après le conseil de notre éminent gynécologiste Gallard. Ainsi, une fois le pouce et l'index de la même main introduits, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum, je repoussai fortement en haut le périnée avec le premier espace interdigitaire ; mais, malgré ces efforts, je pus à peine toucher la partie inférieure de la tumeur. Cela tenait à ce que mes doigts, naturellement trop courts, ne purent saisir cette tumeur que comme un noyau de cerise pressé entre eux.

Néanmoins, le toucher rectal seul venait de jeter sur le diagnostic une lumière qui n'était plus douteuse ; évidemment, il s'agissait d'une tumeur ovarienne et non d'un phlegmon iliaque.

Le 7 août, la fluctuation étant complète, assisté de mon confrère Mélisson, je pratiquai une large incision au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, précisément au point où l'abcès venait former saillie. Un flot énorme de pus fétide s'échappa soudain par l'ouverture et dégonfla vite la tumeur. A l'aide d'un drain en caoutchouc, mis dans le foyer, on favorisa l'écoulement de la suppuration. et on en prévint le croupissement en faisant coucher la malade sur le côté correspondant au mal.

Des injections phéniquées et alcoolisées furent faites matin et soir dans le foyer pour le nettoyer et s'opposer à la décomposition putride.

Enfin, le 30 août, la plaie était fermée, et il ne restait plus qu'une induration du volume d'une noix, au niveau de l'ovaire. Depuis cette époque, la santé générale a vite repris le dessus. Les règles, qui

étaient disparues, sont revenues à l'époque mensuelle, et le 30 septembre, il ne restait pas trace d'engorgement dans la région ovarienne.

Réflexions.— L'affection dont je viens de relater l'histoire intéressante, est *bien une ovarite primitivement chronique, à marche lente*, ainsi que le démontre sans réplique le toucher rectal seul.

En effet, la palpation abdominale et le toucher vaginal ont été insuffisants pour établir un diagnostic précis ; avec ces moyens d'investigation seuls, on pouvait tout aussi bien admettre un phlegmon iliaque qu'une ovarite. En pareillle occurrence, il est donc nécessaire d'employer le toucher rectal et même de l'associer au toucher vaginal, comme le veut Gallard, pour dissiper les obscurités qui planent sur le diagnostic différentiel.

Une particularité bonne à noter, c'est que cette ovarite était d'origine morbilleuse. En effet, comment repousser cet élément étiologique, puisque l'affection de Mme L... s'est montrée deux jours après la disparition de la rougeole ; et puis, d'ailleurs, aucune cause externe, aucun trouble de la menstruation, aucune léson de l'utérus, ne pouvaient expliquer cette affection chez Mme L...

C'est donc un cas curieux à enregistrer, au double point de vue de la cause et du diagnostic différentiel.

Relativement à la cause, on serait peut-être fondé à reconnaître l'existence d'une ovarite morbilleuse, comme on admet celle d'une ovarite varioleuse, blennorrhagique ou syphilitique. Au reste, l'observation clinique saura bien éclairer ce point encore obscur de gynécologie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

De l'emploi des lavements chloral contre les convulsions des nouveau-nés.—M. Polaillon fait une communication sur l'emploi des *lavements de chloral* contre les *convulsions des nouveau-nés*. Les résultats qu'il a obtenus par le chloral dans les convulsions éclamptiques l'ont conduit à cette nouvelle application. Dans deux cas, dans lesquels le sirop d'éther et les moyens ordinaires avaient été sans résultat, M. Polaillon a administré le chloral à la dose de 0,20 dans 20 grammes

d'eau en lavement. Un sommeil très-calme et la cessation des convulsions ont succédé à l'emploi de ce moyen. Vingt-quatre heures après le premier lavement, un second aux mêmes doses a été administré, et la guérison a été obtenue. C'est là un nouveau moyen à employer et à répandre.

M. Blondeau a tenu, avec Trousseau, pendant plus de douze heures, sous le chloroforme, un enfant de 10 ans atteint de convulsions, et l'a vu guérir.

M. de Saint-Germain appuie la manière de procéder de M. Polaillon, et fait ressortir l'action si rapidement efficace du chloral contre l'élément convulsif. Il a administré le chloral par la bouche aux doses progressivement croissantes de 3 à 12 gr. par jour à un enfant de 14 ans, atteint de tétanos, et qui a guéri après dix-sept jours de traitement.

M. Lolliot se demande si l'absorption se fera, et dans quelles proportions elle se fera chez le nouveau-né qui a des convulsions; il préfère, à moins de contre-indications spéciales, le chloroforme, qu'il a employé en inhalations pendant près de vingt-quatre heures consécutives, et avec succès, chez un enfant de 3 mois. Il fait, en outre, remarquer qu'il ne faut pas oublier que les convulsions guérissent souvent spontanément.

M. Voisin affirme : 1° l'absorption du chloral, comme de tout médicament soluble, par le rectum. Des expériences faites en commun avec M. Liouville lui ont montré qu'en trois minutes tout médicament soluble est absorbé; 2° que l'état convulsif semble entraver l'absorption rectale; 3° il fait remarquer qu'il y aura, dans le cas de convulsions, intérêt à employer ainsi le chloral, mais qu'on ne pourra pas compter, par conséquent, être toujours aussi heureux que M. Polaillon; car, bien souvent, des hyperémies cérébrales, des arrêts de développement de l'intelligence, l'épilepsie, se montrent après les convulsions.

M. Lunier, dans un cas où le bromure de potassium était resté sans effet, a vu le chloral faire cesser en même temps et les phénomènes convulsifs et la fièvre. Il faut se méfier des doses trop élevées du chloral, contre lesquelles déjà on réagit avec raison à l'étranger. Elles ont plusieurs fois causé la mort; mais, sagement employé, le chloral est certainement préférable au chloroforme, surtout chez les enfants, pour faire cesser les convulsions, qui sont en même temps symptômes et causes d'affections cérébrales et de névroses.

M. Polaillon a vu le lavement de chloral, très-bien gardé par le nouveau-né, produire d'excellents effets ; il considère comme pernicieuses en pareil cas les inhalations chloroformiques; aussi recommande-t-il spécialement le moyen qu'il vient de signaler.

M. Lolliot pense qu'on peut recourir au chloroforme dès que l'enfant a dépassé le deuxième mois; il ne partage pas l'opinion de

M. Voisin sur la relation signalée par lui entre les convulsions et l'épilepsie.

MM. Voisin et Lunier ayant très-souvent observé que les épileptiques avaient présenté des convulsions dans leur enfance, puis des phénomènes épileptiformes, puis enfin de l'épilepsie, estiment qu'il est très-prudent de s'opposer par tous les moyens aux convulsions; ils espèrent même que, si les convulsions sont plus efficacement combattues, le nombre des épileptiques diminuera.

(*Séance du 26 février* 1876, *Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Des causes anatomiques de la rétraction du mamelon.—M. de Sinéty présente des pièces relatives à ce sujet. — Chez certaines femmes, dit-il, soit en dehors de tout état pathologique, soit sous l'influence de tumeurs de la mamelle, le mamelon s'enfonce dans une sorte de dépression, au lieu de faire saillie à la surface de l'aréole. Dans ce cas-ci, il s'agissait d'un cancer de la mamelle qui avait envahi seulement les parties profondes. Le mamelon était indemne de tout néoplasme et fortement rétracté. L'auteur, après avoir rappelé la disposition des éléments anatomiques dans le mamelon normal, insiste sur la direction des faisceaux musculaires entrecroisés autour des canaux galactophores. Les faisceaux à direction horizontale sont ordinairement beaucoup plus nombreux que les faisceaux longitudinaux, ce qui explique la projection en avant et l'allongement du mamelon (thélotisme), sous l'influence d'une excitation quelconque. Au moment de la lactation, les fibres musculaires lisses qui forment ces faisceaux augmentent considérablement de volume, comme il a pu le constater par des mensurations exactes. Dans les mamelons dont M. Sinéty montre les préparations, les faisceaux à direction horizontale ont presque complètement disparu, tandis que l'on en observe encore un certain nombre de longitudinaux. En outre, une abondante production de tissus fibreux avait remplacé les couches musculaires. L'action des muscles s'ajoutait donc à celle du tissu fibreux pour attirer le mamelon d'avant en arrière et expliquait la rétraction. L'auteur recommande, en terminant, l'emploi de la purpurine pour les recherches de ce genre. En effet, ce réactif, appliqué par Ranvier aux études histologiques, colore les fibres musculaires et laisse absolument incolores les faisceaux de tissu conjonctif. (*Séance du 26 février* 1876.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Adéno-sarcôme des ovaires; ovariotomie double; injection de lait dans les veines; guérison; par le Dr GAILLARD THOMAS, de New-York. — Il s'agit d'une femme de 30 ans, mère de trois enfants, qui présente, quelques mois après sa dernière grossesse, des symptômes d'affaiblissement et d'émaciation dont la cause ne pouvait être expliquée. On découvrit cependant, au mois de mai 1875, dix-sept mois après l'accouchement, une tumeur solide de la grosseur d'un œuf, située dans le cul-de-sac de Douglas et qui semblait communiquer avec un des ovaires. La tumeur augmenta rapidement de volume sans que la malade accusât d'autres symptômes généraux que ceux mentionnés plus haut.

Six mois plus tard (octobre 1875), l'examen pratiqué par le Dr Gaillard Thomas révèle l'état suivant : L'utérus, qui occupe sa hauteur ordinaire dans le bassin, est refoulé vers la symphyse pubienne par une tumeur résistante et immobile qui occupe le cul-de-sac de Douglas et remplit la partie supérieure de la concavité sacrée. L'utérus mesure 8 centimètres, depuis le col jusqu'au fond ; la sonde, introduite dans l'organe, permet de lui imprimer des mouvements de rotation qui ne se communiquent pas à la tumeur située derrière lui. L'examen recto-vaginal et abdominal permet d'apprécier le volume de cette tumeur. Elle s'étend d'une crête iliaque à l'autre et dépasse l'ombilic d'environ 8 centimètres; on peut lui imprimer quelques mouvements indépendants de ceux de l'utérus; le doigt peut pénétrer sous son bord inférieur, et donne la sensation d'un corps lisse et uni. Après un examen plus approfondi, on remarque que l'utérus entraîne la tumeur dans ses mouvements, et que cette dernière est fixée à cet organe par une espèce de pédicule.

L'opération fut décidée et pratiquée le 14 octobre 1875. Après avoir éthérisé la malade, le Dr Thomas fit une incision abdominale qui s'étendait de l'ombilic à la symphyse pubienne. La tumeur, qui n'était pas adhérente, fut facilement enlevée. Le pédicule, qui se composait du ligament ovarien droit, du tube de Fallope et d'une extension du ligament rond, fut d'abord fixé et maintenu au dehors, mais, comme il était très-tendu, il fut ensuite rejeté dans la cavité abdominale. L'utérus, qui fut alors examiné avec soin, était normal ; mais l'ovaire droit, qui occupait également le cul-de-sac de Douglas, était hypertrophié et atteignait le volume d'un rein de bœuf. Il fut enlevé

sans difficultés, et la plaie abdominale fut réunie à l'aide de sutures. L'opération avait duré 35 minutes.

La malade alla bien pendant les deux jours qui suivirent l'opération ; la température ne dépassait pas 38°, et le pouls, qui était faible et intermittent, atteignait 130. Elle fut ensuite prise de vomissements incessants et ne put conserver aucun aliment, ni dans l'estomac, ni dans le rectum. Ce fâcheux état se compliqua d'une hémorrhagie utérine abondante pour laquelle on dut pratiquer le tamponnement. La malade baissait rapidement, et il fut question de pratiquer la transfusion. Le Dr Thomas, qui n'avait obtenu que des insuccès par la transfusion du sang, hésitait à pratiquer cette opération. Il fut alors décidé, après une consultation, qu'on injecterait du lait dans les veines au lieu de sang. On fit venir une jeune vache dans la cour, et le lait fut injecté dans la veine médiane basilique tel qu'il était trait au moyen de l'appareil à transfusion de Colin. 40 grammes de liquide avaient été injectés lorsque la malade accusa une sensation de chaleur dans la tête et entra dans une vive surexcitation; le pouls devint très-rapide et atteignit 160 pulsations, la température s'éleva à 39°; l'opération fut néanmoins continuée, et 250 grammes environ de lait furent injectés. Le jour suivant, la malade allait mieux; la température était à 37°,8, le pouls à 116; l'estomac put supporter un peu de lait glacé. L'amélioration se maintint les jours suivants, et la malade était hors de danger un mois plus tard.

Remarques. — Cette observation présente plusieurs points intéressants. La transfusion du lait n'a été que très-rarement pratiquée jusqu'à ce jour. Elle a été mise en usage pour la première fois par le Dr Hodder, de Toronto, qui l'appliqua à des malades atteints du choléra asiatique. Deux guérisons avaient été ainsi obtenues dans des cas désespérés. Plus récemment, le Dr Howe, de New-York, a injecté 180 grammes de lait de chèvre dans la veine céphalique d'un tuberculeux qui ne pouvait supporter les aliments. L'opération, qui n'avait pas été suivie d'accidents immédiats, ne donna pas cependant d'heureux résultats. Donné avait déjà démontré chez des chiens et des lapins l'innocuité des injections de lait. En ce qui concerne le cas rapporté plus haut, le Dr Thomas pense, sans l'affirmer toutefois, que la guérison ne peut être attribuée qu'à la transfusion du lait.

La nature des tumeurs enlevées présente également quelque intérêt. Elles avaient toutes deux la même structure dense et fibreuse, sans cependant présenter les caractères du fibrome utérin. La plus grosse, qui adhérait à l'ovaire droit, était creusée d'un sillon profond dans lequel s'engageait le tube de Fallope; la plus petite avait l'aspect pathologique qu'on observe dans la cirrhose du foie. Quatre histologistes de New-York ont examiné ces tumeurs; deux d'entre eux

considèrent comme des adéno-sarcômes constitués par des éléments embryo-plastiques ovariens et des cellules sarcomateuses; les deux autres les placent parmi les simples adénomes. Les observations d'adénomes ou d'adéno-sarcômes ovariens sont rares; plusieurs auteurs ont même nié l'existence de ces tumeurs. Les auteurs classiques n'en font du reste pas mention, excepté toutefois Spencer-Wells qui en donne une assez bonne description dans son Traité des maladies des ovaires. (*American Journal of medical sciences*, janvier 1876. — *American Journal of obstetrics*, février 1876.)

Dr Lutaud.

Du rétrécissement de l'urèthre chez la femme et de son traitement par l'électrolyse, par le Dr Newman (de New-York).

M. Newman fournit d'abord quelques renseignements bibliographiques sur ce sujet que les auteurs ne font qu'indiquer. La littérature médicale est tellement pauvre en ce qui concerne le rétrécissement uréthral de la femme, qu'on pourrait croire que cette affection est d'une rareté extrême. Les livres classiques la mentionnent à peine. Scanzoni, Gaillard Thomas, n'en parlent pas; Bumstead, Niemeyer, Dittel, Gouley, non plus; Buren et Keyes, qui ont publié de longs traités spéciaux, ne donnent aucune indication pratique sur le sujet. On trouve également fort peu de renseignements dans la presse médicale contemporaine. Boucher cite un cas qui fut traité et guéri par la dilatation (*Gazette des hôpitaux*, 1865, n° 16). Dans un cas cité par Bonhe, dans le *Berlin cent. Zeitung*, il s'agissait d'une lésion traumatique qui, en déchirant l'urèthre, avait produit le rétrécissement.

D'après le Dr Newman, cette lésion est moins rare que le silence des auteurs pourrait le faire supposer. Ce chirurgien a observé cinq cas de rétrécissement uréthral chez la femme dans l'espace de cinq mois, à savoir : quatre rétrécissements organiques et inflammatoires un rétrécissement spasmodique. Voici l'étiologie de chacun de ces cinq cas : 1° syphilis ; 2° injection caustique à la suite d'une blennorrhagie ; 3° uréthrite granuleuse, suites de couches, déplacement de l'utérus ; 4° uréthrite simple ; 5° irritation réflexe produite par un ulcère du rectum.

Le Dr Newman a appliqué autrefois l'électrolyse au traitement des rétrécissements uréthraux de l'homme, et il propose aujourd'hui le même procédé pour ceux de la femme. Ce traitement a donné un succès complet dans des cas où les méthodes ordinaires de traitement avaient été inutilement employées même, dans un cas qui reconnaissait une origine syphilitique, et où le traitement spécifique avait été appliqué sans succès. Voici le manuel opératoire : le pôle positif d'une batterie galvanique de Dresher de 20 éléments est placé dans

la main de la malade; on fixe au pôle négatif une sonde métallique à olive, que l'on introduit dans le méat. Le courant métallique est porté graduellement à 10 éléments. Au bout de quelques minutes, la sonde pénètre dans la vessie, quelle que soit la nature et l'ancienneté du rétrécissement. On répète ensuite l'opération en augmentant graduellement le volume de la sonde jusqu'à ce que la guérison soit complète.

M. Newman insiste ensuite sur un point important : l'action anodine du courant galvanique, qui avait déjà été signalée par les premiers auteurs qui ont écrit sur l'électrothérapie. Dans tous les cas où elle a été appliquée, l'électrolyse a fait cesser les douleurs. On a accordé à l'électrolysation des propriétés toniques et stimulantes, on ne saurait plus mettre en doute ses effets calmants et sédatifs. Les expériences de Legros, Althaus, Meyer, Hiffelsheim, ont confirmé cette manière de voir et montré que le courant gálvanique est sédatif à la manière de certains médicaments stimulants, qui, dans certaines circonstances, peuvent devenir sédatifs. (*American Journal of medical sciences*, décembre 1875. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1876.)

Dr Lutaud.

Nouveau procédé pour remplacer la transfusion du sang après les hémorrhagies post-partum, par le Dr Talbot.

Le Dr Talbot fait d'abord ressortir les nombreuses difficultés qui entourent la pratique de la transfusion du sang chez les femmes soignées à domicile, et les dangers de cette opération. La transfusion qui est praticable dans une maternité où l'on trouve les aides et les instruments nécessaires, est pour ainsi dire impossible dans la pratique privée. Dans un mémoire lu à la Société de médecine de Victoria, ce praticien propose le procédé suivant qui peut remplacer la transfusion dans les cas d'hémorrhagie *post-partum*.

On pratique d'abord sur chaque membre inférieur, depuis l'orteil jusqu'à l'aine, une compression à l'aide d'une bande élastique semblable à celles employées dans les amputations par la méthode d'Esmarch. On applique ensuite un autre bandage élastique destiné à comprimer l'utérus et l'aorte. Le même procédé est ensuite appliqué aux membres supérieurs. Il est utile de maintenir les membres élevés pendant qu'on applique ces bandages, de manière à favoriser, par la gravitation, le refoulement du sang vers le tronc. Le Dr Talbot estime à 1440 grammes environ la quantité de sang qui peut être fournie au tronc par ce procédé. Chaque membre inférieur peut donner 360 grammes; le bassin, les fesses et les téguments de l'abdomen peuvent en fournir 360, et la même quantité peut être obtenue des membres supérieurs. Ces chiffres sont approximatifs et peut-être un



peu élevés, mais il est certain que la quantité de sang refoulée serait plus que suffisante, surtout si l'on considère que la plupart des auteurs pensent qu'il n'est pas nécessaire d'injecter plus de 350 à 400 grammes de sang dans l'opération de la transfusion.

Le Dr Talbot fait ensuite ressortir les avantages de ce procédé qui sont les suivants : Le sang est vivant, ne peut se coaguler et s'adapte évidemment mieux aux besoins du malade que celui qui est pris chez un autre individu. L'opération est simple et se fait très-rapidement ; il suffit, pour la pratiquer, d'avoir quatre ou cinq bandages élastiques. Après avoir fait le vide dans le membre, on peut appliquer le tourniquet à l'aine ou à l'aisselle et retirer les bandages.

Dans la discussion qui suivit la communication de ce mémoire, on fit remarquer à M. Talbot que l'adoption de ce procédé, dans un cas de métrorrhagie, peut éloigner l'attention de l'utérus, et qu'il est peut-être imprudent de diriger une grande quantité de sang sur cet organe avant de s'être rendu maître de l'hémorrhagie. Nous nous associons à ces objections et nous pensons en outre que, même après avoir arrêté l'hémorrhagie, il sera toujours difficile et peut être dangereux d'appliquer des bandages compressifs sur une femme épuisée et mourante. Le procédé du médecin Australien est néanmoins remarquable par sa grande simplicité et mérite certainement d'être pris en considération par les praticiens. (*Australian medical Journal*, août 1875; *Gaz. hebdomadaire*, 28 janvier 1876.) Dr LUTAUD.

Des vomissements de sang supplémentaires des règles et pathologie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel en général, par le Dr LOREY, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

L'auteur désigne sous le nom d'hématémèses supplémentaires des règles, des vomissements qui surviennent chaque mois d'une manière périodique et qui remplacent le flux menstruel supprimé ou diminué. Ce sont des hémorrhagies qui, par leur évolution mensuelle, se distinguent des vomissements de sang qu'on voit survenir sans régularité aucune, dans le cours de certaines affections nerveuses, par exemple l'hystérie où l'aménorrhée est si fréquente.

Voici les conclusions du travail de M. Lorey.

1° Les vomissements de sang supplémentaires des règles s'observent presque toujours chez des femmes impressionnables et d'une excessive sensibilité ;

2° Quoique dérivant d'une hémorrhagie physiologique déviée, ce sont des accidents qui parfois sont compatibles avec la santé, mais qui presque toujours aggravent l'état des malades. Ils constituent

(1) Thèse de Paris, 1875.

une habitude morbide qui s'est substituée à une habitude physiologique;

3° Ils ont pour caractère principal, comme l'a prouvé le Dr Albert Puech, de se produire périodiquement chaque mois comme de véritable règles supplémentaires au moment et à cause de l'ovulation spontanée ;

4° Ils n'impliquent pas la stérilité, à moins de complications graves; la grossesse est possible et a été observée comme le montrent les observations de l'auteur ;

5° Les vomissements de sang pendant la grossesse ne sont pas de véritables hémorrhagies supplémentaires des règles. Ils sont irréguliers dans leurs évolution et n'affectent nullement les allures de la menstruation. Ils ressemblent à ces pseudo-menstruations qu'on observe parfois chez certaines femmes pendant le cours de la grossesse;

6° Les hématémèses supplémentaires des règles se compliquent le plus ordinairement de troubles gastriques dont la gravité varie avec les sujets, mais qui tôt ou tard entraînent l'anémie avec toutes ses conséquences.

Pathogénie et traitement des hémorrhagies utérines (hors de la grossesse et de l'accouchement), par le Dr Carpentier-Méricourt, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris (1).

Dans ce travail, l'auteur, comparant la métrorrhagie à la menstruation, arrive à cette conclusion que c'est l'ovaire qui est presque toujours le point de départ de l'écoulement sanguin.

Il rappelle que dans la menstruation c'est l'ovule qui, arrivé à maturité, détermine par action réflexe la turgescence des vaisseaux sanguins de la muqueuse utérine. Partant de cette donnée physiologique, il cherche à démontrer que les diverses excitations qui se produisent du côté des organes génitaux, excitations qui ont des origines variables, retentissent du côté des ovaires. Ces ovaires une fois irrités déterminent à leur tour, par action réflexe, la contraction des fibres musculaires des vaisseaux de la muqueuse utérine qui se congestionne et dont les vaisseaux se rompent.

Aussi l'auteur arrive à cette conclusion que : « Lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie, il faut rechercher le point dit ovarique, et, si on le trouve, instituer un traitement destiné à faire tomber le spasme qui amène la congestion. Une injection hypodermique suffit dans beaucoup de cas. »

Nous pensons que l'auteur a raison dans un grand nombre de cas, mais nous ne pouvons admettre complètement son explication. Il est

(1) Thèse de Paris, 1875.

un grand nombre d'hémorrhagies où malgré l'exploration la plus attentive, il est impossible de trouver le point dit ovarique. Prenons pour exemple la métrite interne dans laquelle la muqueuse utérine est végétante et saigne au moindre contact; nous ne pensons pas que la théorie invoquée par M. Carpentier-Méricourt puisse être admise sans réserves; sans doute, l'excitation ovarique pourra exagérer la perte sanguine, mais cette perte sanguine pourra également avoir lieu indépendamment de toute excitation ovarique. Cette constatation est de la plus haute importance au point de vue pratique, en ce qu'il ne suffira pas de combattre le spasme ovarique pour arrêter l'hémorrhagie et qu'il deviendra nécessaire d'agir directement sur la muqueuse utérine.

Lorsque nous avons publié notre thèse inaugurale, nous avons fait jouer un rôle très-important à l'action réflexe dans la production des métrorrhagies (1) ; nous pensons aujourd'hui que nous avons exagéré ce rôle de l'action réflexe et qu'il existe un très-grand nombre de cas où cette hémorrhagie se produira par suite de la seule lésion dont le tissu utérin est le siége. A. LEBLOND.

Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse ; ses rapports avec la conception, l'ovulation et la menstruation, par le Dr Prosper GASTON (1).

Dans une première partie, l'auteur étudie la physiologie de la conception, de la menstruation et de l'ovulation. Dans une seconde, il passe en revue l'opinion des principaux accoucheurs sur la durée de la grossesse. Dans une troisième, il expose les faits qui lui sont personnels.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° La grossesse n'a pas une durée qui soit la même pour tous les cas ; le plus habituellement, elle dure de 267 à 274 jours ;

2° La conception peut avoir lieu quelques jours après la cessation des règles, mais elle peut se produire aussi au moment où celles-ci apparaissent et supprimer alors l'écoulement menstruel ;

3° La conception, quoique moins fréquente, est cependant possible dans la période intermenstruelle, ce qui est établi par quelques-unes des observations de M. Gaston, lesquelles viennent contrôler les recherches de Slawjanski, et prouvent qu'ovulation et menstruation sont deux fonctions distinctes ;

4° La multiparité paraît entraîner une plus grande durée de la période de gestation.

(1) A. Leblond. Du robe des ligaments larges et de l'appareil érectile de l'utérus dans les hémorrhagies utérines, Paris, 1870.

(2) Thèse de Paris, 1875.

Etude théorique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes, sans extraction, qu'on pourrait appeler la version simple, par le Dr Victor-Emile Hottenier.

Le problème posé par l'auteur dans cette thèse est le suivant: étant donné qu'on doit pratiquer la version pelvienne, faut-il toujours extraire le fœtus après l'évolution artificielle?

Deux hypothèses sont possibles, dit M. Hottenier: Si l'urgence de la terminaison est réclamée par le fait d'un danger, il y a lieu de faire évoluer et d'extraire rapidement le fœtus suivant les règles ordinaires; mais, s'il n'y a pas urgence, la terminaison naturelle peut se faire après l'évolution artificielle, il n'y a pas lieu d'extraire le fœtus.

L'auteur, après avoir étudié la question avec soin, pose les conclusions suivantes:

1° En théorie comme en pratique, *le troisième temps de la version pelvienne*, c'est-à-dire l'extraction du fœtus, *n'est pas une opération distincte*, c'est une *manœuvre* accessoire et d'urgence, destinée à suppléer artificiellement à l'insuffisance des forces naturelles de l'utérus et qui *doit faire suite immédiatement au deuxième temps d'évolution* de l'opération principale.

2° En théorie, le troisième temps d'extraction n'est pas nécessairement lié à la version, c'est l'avis de M. Pajot. Il en résulte implicitement que *la version simple, c'est-à-dire sans extraction, constitue une opération dont l'existence est propre*, et qu'on peut considérer comme *une espèce de version pelvienne*, distincte de la version pelvienne ordinaire sans extraction.

3° Dans la pratique, il arrive le plus souvent que les grands accoucheurs des villes, prévenus tardivement, doivent faire suivre l'évolution de l'extraction, sous peine de danger grave. C'est l'opération classique en trois temps, qu'on devrait appeler la *version évolutive et extractive* ou *compliquée*, en raison des manœuvres qui en compliquent l'exécution; mais il peut arriver aussi que la version se fasse dans des conditions de simplicité tout à fait favorables; si l'on peut intervenir de bonne heure, en dehors de toute indication d'urgence, au moment de la dilatation normale de l'orifice utérin et avant la rupture des membranes; si l'état de la femme et celui du fœtus sont bons, si le muscle utérin, en particulier, n'a rien perdu de son énergie contractile, l'accomplissement exclusif de l'évolution fœtale rend la présentation physiologique de tout point comparable à la présentation naturelle du siége, et alors il est indiqué, par analogie, de laisser l'accouchement se terminer naturellement par le dégagement spontané. C'est une opération en deux temps non encore classée comme espèce de version, qu'on pourrait appeler la *version évolutive ou simple* et qui mériterait de passer dans la pratique obsté-

tricale ; ajoutons que cette opération, en raison de sa courte exécution et de son heureux pronostic, se rapproche plus que la précédente de l'accouchement physiologique, qui, selon l'enseignement de nos maîtres, doit servir de modèle et de règle à toute intervention et qu'il semble naturel d'en faire en clinique, le type idéal et durable de la version pelvienne.

Etudes sur les causes et le mécanisme des hémorrhagies interstitielles des organes génitaux de la femme, par le Dr Uribe.

Le but de cette thèse est d'établir un groupement des hémorrhagies interstitielles, décrites ordinairement à part sous les noms de thrombus de la vulve et du vagin, d'hématocèle extra-péritonéale, etc., et susceptible d'être opposé à celui des hémorrhagies externes. L'auteur a écarté avec raison l'hématocèle rétro-utérine, qui mérite une place à part dans le cadre des hémorrhagies des organes génitaux, et les écoulements sanguins accompagnant les grossesses extra-utérines, et dont l'étude doit se faire en même temps que celle de l'affection qui en amène la production.

Ce n'est pas la première fois que l'étude de ce travail avait été conçue ; M. Tarnier, dans les annotations à l'ouvrage de Cazeaux, dit qu'il y aurait avantage à rapprocher l'étude du thrombus de la vulve et du vagin pendant l'accouchement de celle des métrorrhagies qui se produisent à ce moment. D'un autre côté, MM. Bernutz et Goupil ne veulent pas qu'on isole l'hématocèle extra-péritonéale des thrombus de la vulve. La marche, les symptômes, le pronostic de ces hémorrhagies présentent, en outre, les plus grandes analogies, et si leur cause et leur mode d'apparition leur impriment des caractères particuliers, leur communauté de siége et d'origine doit nous les faire envisager dans son ensemble avec utilité.

L'étude des vaisseaux qui entourent les organes génitaux montre un seul système formé de plexus qui s'anastomosent très-fréquemment entre eux et qui sont reliés à des organes érectiles, dans les parties génitales externes, au bulbe et au clitoris ; au niveau des organes génitaux profonds, aux appareils érectiles de l'utérus et de l'ovaire. De là, deux groupes d'hémorrhagies dans l'état de vacuité : le thrombus de la vulve, qui paraît à la suite des lésions des vaisseaux de la vulve et de la partie inférieure du vagin ; l'hématocèle du ligament large qui succède ordinairement à celle des plexus utéro-ovariens.

Les mêmes causes peuvent produire ces deux variétés d'hémorrhagies ; c'est à la suite de traumatismes directs ou indirects, de grandes fatigues, de secousses ou de mouvements violents, d'abus du coït, qu'elles se produisent le plus souvent. Mais, de plus, pour l'hémato-

cèle du ligament large, l'auteur dit qu'on doit compter avec l'influence exercée par les congestions répétées des organes génitaux, menstruation, ménopause, grossesse, etc., qui favorisent le développement des varices, et sont parfois la véritable cause de l'hémorrhagie. Ces troubles circulatoires sont encore favorisés par l'absence de valvules dans les veines du ligament large. Le Dr Uribe admet également la possibilité d'un épanchement sanguin interstitiel provenant de la trompe, soit à la suite d'une rupture de cet organe ou du reflux du sang provenant de la trompe elle-même (fièvres éruptives, ictère grave) ou de l'utérus dans les cas d'atrésie.

Pendant la grossesse, les hémorrhagies se produisent presque toujours de la même manière que pendant l'état de vacuité. Elles sont dues le plus souvent à des traumatismes directs ou indirects. Elles se produisent à la vulve et sont parfois dues à des causes tout à fait indirectes : contraction brusque des muscles abdominaux, accès de colère, attaque d'épilepsie, maladies du cœur et des poumons. L'hémorrhagie est plus grave lorsqu'elle est profonde, et succède à la rupture des plexus utéro-ovariens.

L'étude des causes des thrombus de la vulve et du vagin a été faite d'une manière très-étendue. L'auteur étudie d'abord avec soin les conditions pathogéniques des hémorrhagies interstitielles. Il admet la possibilité des ruptures artérielles démontrée par les injections de M. Perret. S'appuyant ensuite sur les travaux de M. Bouchard et sur les données fournies par la plupart des autopsies, il prouve que l'hémorrhagie est due le plus ordinairement à la rupture des veinules. Après quelques considérations sur l'état du sang et sur les troubles circulatoires généraux, il entre dans de longs développements sur l'influence si discutée des varices dans la production des thrombus. D'accord avec la plupart des auteurs, il croit que cette influence a été fort exagérée, mais qu'on ne doit pas cependant la rejeter d'une façon absolue. Dans un grand nombre de cas, l'existence des varices a été niée à la suite d'examens insuffisants ; des varices profondes peuvent exister sans qu'il soit possible d'en constater à la vulve, soit qu'elles n'existent réellement pas en cet endroit, soit qu'elles n'aient pas été cherchées au moment opportun. M. Uribe rejette également l'opinion de ceux qui admettent que les varices. loin de prédisposer à la rupture, rendent, au contraire, celles-ci plus difficiles à cause de l'épaississement de leurs parois, et nous reconnaîtrons avec lui qu'il est impossible d'accepter que des vaisseaux épaissis et malades puissent être plus solides que lorsqu'ils sont souples et parfaitement sains. En résumé, M. Uribe défend dans une certaine mesure l'opinion de Deneux et de Blot, tout en reconnaissant que, dans la majorité des cas, la congestion des parties génitales, au moment de l'accouchement, suffit pour expliquer la production du thrombus.



Après quelques considérations sur le thrombus utérin et sur les hémorrhagies interstitielles qui succèdent aux ruptures de l'utérus et du vagin, l'auteur, reprenant l'étude des thrombus de la vulve, revient sur les diverses causes signalées par les auteurs : le developpement énorme de l'utérus (grossesse gémellaire, hydramnios, etc.), l'étroitesse du vagin et de la vulve, étroitesse qui peut être réelle (vice de conformation) ou relative (primiparité, accouchement trop rapide avec extension brusque des parties génitales); le thrombus doit être dans ces cas attribué à une déchirure produite par la dilatation trop rapide. Ici se trouve développée l'opinion de Laborie qui admettait une déchirure des tissus profonds pendant le passage du fœtus à travers les divers plans du bassin. Il s'appuie principalement sur les lésions des artères coïncidant avec celles des veines, ce qui semble indiquer une rupture simultanée ; sur la facilité avec laquelle la tumeur sanguine se rompt au dehors, ce qui n'aurait pas lieu si la paroi vaginale n'était déjà déchirée en partie, enfin sur la fréquence de la déchirure complète de la paroi vaginale ou du périnée coïncidant avec la formation du thrombus.

Mais si le thrombus peut se former pendant le travail, il n'apparaît le plus souvent qu'après son entier achèvement. L'explication donnée par Deneux est restée classique et s'applique à la grande majorité des cas. Un certain nombre peuvent être attribués aux manœuvres obstétricales. M. Uribe cite une belle observation de thrombus double survenue à la suite de manœuvres maladroites et violentes. Il emprunte également aux auteurs étrangers plusieurs observations d'épanchements sanguins à la suite d'applications de forceps.

La rupture des vaisseaux peut se produire également après l'accouchement. Dubois croit qu'elle est due habituellement à la contusion de leurs parois. Deneux invoque surtout le refoulement du sang contenu dans l'utérus et qui vient remplir les vaisseaux utéro-ovariens. M. Uribe croit qu'une cause de stagnation doit être recherchée à ce moment dans la contraction des faisceaux musculaires des ligaments larges, qui gênent leur déplétion. On peut aussi invoquer, à l'exemple de M. Blot, la congestion *ex vacuo* qui se produit à la suite de l'expulsion du fœtus.

Des hémorrhagies secondaires peuvent encore se produire à la suite du déplacement du caillot hématique. La possibilité de ces hémorrhagies est démontrée par l'apparition de l'écoulement sanguin qu'on observe parfois à la suite de l'incision de ces tumeurs.

Ces hémorrhagies peuvent se produire très-longtemps après l'accouchement. Ajoutons pour terminer que les récidives, quoique très-rares, ont été pourtant signalées.

Résultats apparents et résultats vrais de l'accouchement prématuré artificiel, par le Dr Ed. Porro. — L'auteur, après une étude complète de la question, montre que sur un total de 2,000 accouchements prématurés artificiels appartenant à divers auteurs, la mortalité paraît être de 32,50 pour 100 chez les enfants, de 5 pour 100 chez les mères; ou de 18,75 pour 100 individus moitié mères et moitié enfants. Mais ces résultats si favorables ne seraient pas exacts, car les auteurs n'ont pas tenu compte de toutes les données. Le dépouillement consciencieux de 148 cas observés à la Maternité de Milan, de 1855 à 1870, lui a donné les résultats suivants qu'on doit tenir pour les résultats vrais de l'accouchement prématuré artificiel : la mortalité a été de 75,76 pour 100 chez les enfants, de 23,25 pour 100 chez les femmes, ou, en moyenne, de 50 pour 100 individus moitié enfants et moitié femmes.

Dans le cas de rétrécissement du bassin, les limites dans lesquelles on peut utilement provoquer l'accouchement prématuré varient des rétrécissements de 65 millim. à ceux de 83 millim.; au-dessous de 65 millim., quel que soit l'âge du fœtus, on ne peut espérer le faire naître vivant ou le sauver. Au-dessus de 83 millim. l'accouchement prématuré est inutile.

La réduction de la tête ne peut, sans danger, dépasser 5 millim. pour un fœtus de 7 mois, 9 millim. pour un fœtus de 9 mois.

La grande mortalité des enfants reconnaît des causes particulières et des causes générales; celle des mères est étroitement liée aux suites de l'opération.

VARIÉTÉS.

Remarques sur une cause inattendue de surdité ou de surdi-mutité dans le bas âge et l'enfance, par James-Patterson, Cassels, M. D..., etc., chirurgien auriste au dispensaire de Glascow.

L'objet de ce travail qui a été publié dans *The Obstetrical journal*, de mars 1876 est d'attirer l'attention des personnes chargées plus spécialement de traiter les enfants en bas âge sur une cause fréquente, mais peu connue, de surdité ou de surdi-mutité à cet âge, et de leur indiquer le traitement convenable.

La cause à laquelle je fais allusion est un simple *catarrhe nasal*, un *simple coryza*, si fréquent chez les enfants. L'examen de plusieurs centaines d'affections des oreilles chez les enfants au-dessous de 4 ans, et parmi eux d'une trentaine de sourds-muets, me confirment dans l'opinion que la cause première de l'affection auriculaire réside dans un simple catarrhe nasal. L'historique est à peu près le même pour tous les cas.

En général, c'est vers l'âge de 3 ans que les enfants sont présentés au spécialiste, étant regardés jusqu'alors comme simplement inattentifs ou retardés pour parler, malgré leur vivacité et leur intelligence. Rien dans les antécédents de famille ; s'il existe des frères ou des sœurs, ils entendent et parlent bien. L'enfant a toujours été bien portant, et l'on ne sait à quoi attribuer la surdité ou surdi-mutité ; cependant, si l'on fait un examen plus approfondi des antécédents, on apprendra qu'à un moment ou un autre, l'enfant a souffert *d'un rhume de cerveau* ; si cette affection est sarvenue pendant le nourrissage, l'enfant n'a pas pu prendre le sein ; si c'est à une autre époque, il n'aura pas pu respirer par les narines et aura dormi la bouche ouverte, en respirant bruyamment. Après cet historique, les soupçons du chirurgien se confirment si l'examen du conduit naso-pharyngien fait découvrir les traces d'un catarrhe nasal.

Comment cette forme de catarrhe peut-elle influer à ce point sur l'appareil de l'ouïe? Pour le comprendre, le lecteur n'a qu'à faire sur lui-même la petite expérience suivante : Bouchant d'une main l'orifice antérieur de ses narines, il pratiquera plusieurs fois de suite l'acte de la déglutition, puis il remarquera les troubles de l'audition qui en résultent. La perception des bruits extérieurs disparaît presque entièrement ; l'on perçoit, en outre, un tintement particulier, un bruit intérieur désagréable et même angoissant ; ces symptômes persistent tant que les narines sont fermées ; mais, aussitôt que la compression cesse, un ou deux efforts de déglutition suffisent pour faire disparaître tous ces symptômes.

Au moment de l'expérience, la tension de l'air dans le labyrinthe nécessaire pour que l'audition soit parfaite, est modifiée par la diminution de pression d'air contenu dans la caisse du tympan ; d'où, troubles dans la fonction de l'audition. En d'autres termes, l'air contenu dans la caisse du tympan a été soustrait de cette cavité par des actes de déglutition successifs, d'où augmentation de pression sur le labyrinthe, et troubles de l'ouïe, etc.

Dans le coryza, du moment que les narines sont bouchées par le gonflement de la muqueuse, les faits se passent absolument de la même façon que dans l'expérience précédente, avec cette différence que les phénomènes persistent et s'aggravent après chaque acte de déglutition.

Si le catarrhe est assez grave pour fermer complètement les narines pendant quelques jours, ou même plusieurs semaines, on doit concevoir de légitimes appréhensions, car chez de très-jeunes enfants cela peut être une cause de surdi-mutité, et chez d'autres plus âgés, on observe de grands troubles dans l'audition et même dans la parole. Si l'on ne remédie pas promptement à ces différences de pression qui, sans le secours de l'art, peuvent persister indéfiniment, le mode

de traitement le plus rationnel consiste, outre les moyens propres à diminuer la congestion de la muqueuse nasale, à rétablir le rapport normal de pression existant entre l'air compris dans la caisse du tympan et l'air extérieur.

Ce traitement, pour être efficace, doit être mis en usage dès le début de l'affection, aussitôt que les symptômes du catarrhe aigû ont disparu. Il ne peut pas réussir si, comme dans un bon nombre des cas que j'ai observés, l'affection date de un ou deux ans au moins. Dans ces derniers cas, vous avez beau vaincre les adhérences et les obstructions qui peuvent exister dans la trompe d'Eustache, vous échouez complètement pour rendre aux articulations *des osselets* leur mobilité ; le malade reste sourd ou même sourd-muet pour le reste de ses jours.

Si vous avez affaire à un petit malade qui a les narines bouchées et que l'audition se fasse incomplètement, envoyez-lui de force un courant d'air au travers des narines deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce que l'ouïe soit entièrement revenue. Il est facile de le faire avec une poire en caoutchouc munie d'une canule. Comprimant une des narines sur l'appareil, vous fermez avec le pouce la narine du côté opposé ; avec la main laissée libre, vous comprimez brusquement, mais sans violence, la poire, et vous poussez ainsi de l'air jusque dans la cavité du tympan ; il est nécessaire, bien entendu, que le petit malade ferme la bouche pendant l'opération. L'amélioration ne tarde pas à se faire sentir, et, tandis que les plus âgés l'expriment par leurs paroles, les plus jeunes le font par l'expression de leur figure.

D[r] ED. MARTIN.

Leçons sur les opérations obstétricales, par Robert BARNES.

La troisième édition de ce livre vient de paraître à Londres ; la seconde édition avait été traduite en français par M. le D[r] Cordes, et contenait une critique due à la plume de M. le professeur Pajot. La troisième édition anglaise contient, outre quelques additions, la dédicace suivante dont le *Progrès médical* nous fournit la traduction :

« Cher professeur Pajot, Vous avez placé l'édition française de mon livre sous l'égide de votre grande réputation. Vous m'avez ainsi donné le droit de placer sous la même protection la troisième édition anglaise.

« En vous dédiant ce livre, à vous qui êtes l'héritier des glorieuses traditions de l'école française et qui avez enrichi ce noble héritage, permettez-moi d'exprimer en même temps ma profonde reconnaissance pour tout ce que je dois à cette Ecole, à beaucoup de ses professeurs, et particulièrement à celui dont nous vénérons tous également la mémoire, à votre illustre prédécesseur, P. Dubois.

« Robert BARNES. »

Nous pouvons être fiers, à juste titre, dit le *Progrès médical*, de ces éloges adressés aux professeurs de notre école française, par un des membres les plus éminents de l'école anglaise.

Traitement du prurit de la vulve par le nitrate d'alumine, par le Dr H. Z. Gill, de Jerseyville. — Nous lisons dans le *Saint-Louis medical and chirurgical Journal*, que le Dr Gill a obtenu des résultats très-favorables de l'emploi du nitrate d'alumine dans le prurit de la vulve.

Il s'occupe spécialement des cas où le prurit coïncide avec la grossesse; il pense que le prurit est déterminé, dans ces cas, par l'écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant que l'on observe alors.

Le nitrate d'alumine lui a donné des résultats bien supérieurs à ceux qu'il a obtenus avec une foule d'autres agents médicamenteux.

Les malades lui déclaraient qu'après l'emploi du nitrate d'alumine, elles éprouvaient un soulagement immédiat.

Voici comment il convient d'employer cet agent. On fait dissoudre une cuillerée à café de ce sel (un peu moins cependant au commencement) dans une pinte (1) ou une pinte et demie d'eau de fontaine et l'on fait des injections vaginales ou des lavages externes une ou deux fois par jour. En été, deux fois ne sont pas de trop.

Congrès médical international de Philadelphie. — Le congrès médical international de Philadelphie tiendra sa première séance le 4 septembre 1876, à l'université de Pennsylvanie.

Parmi les travaux qui seront lus au congrès, nous devons citer un mémoire sur l'obstétrique, par le Dr Théophile Parvin, professeur d'obstétrique, au collége de Médecine et de Chirurgie d'Indiana.

Parmi les sujets qui seront discutés et qui intéressent la gynécologie, nous devons mentionner les suivants :

I. Causes et traitement des hémorrhagies non puerpérales de la matrice.

II. Mécanisme de l'accouchement naturel et artificiel dans les bassins rétrécis.

III. Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

IV. Nature, causes et moyens de prévenir le développement de la fièvre puerpérale.

Les personnes désireuses de faire des communications sur des sujets scientifiques ou de prendre part aux discussions, sont priées d'en notifier la commission avant le 1er août, qui leur indiquera dans quelle section elles devront être inscrites.

(1) La pinte équivaut à : litre 0,5679.

Les correspondances doivent être adressées à M. Richard J. Dunglison, M. D. 814, N. 16 th street, à Philadelphie.

Jurisprudence médicale. — La responsabilité de l'administration de l'Assistance publique ne saurait être engagée par le fait qu'un nourrisson confié par elle à une nourrice pour être élevé au sein, a transmis à celle-ci une maladie syphilitique alors qu'il est établi que lors de la visite par le médecin de l'administration l'enfant paraissait sain, et que dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie, défense a été faite à la nourrice de continuer la nourriture.

Cette décision résulte d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine le 13 janvier 1874, confirmé par arrêt de la Cour de Paris du 29 janvier dernier. (*Progrès médical.*)

Nomination à une chaire de gynécologie. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 19 février, M. Villeneuve a été nommé professeur à la chaire de gynécologie de l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille.

Question de prix mise au concours pour 1876. — La Société protectrice de l'Enfance met au concours la question suivante : *Influence de l'alcoolisme chez la mère et chez la nourrice, sur la santé de l'enfant.*— Le prix sera de 500 fr.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er décembre 1876, au secrétaire général de la Société, M. le Dr Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, 85.

Les travaux admis au Concours ne seront pas rendus à leurs auteurs.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents joindront à leur envoi un pli cacheté, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Empoisonnement d'un nourrisson par l'opium, au moyen du lait de la mère, par le Dr Hawthorn (*New Orleans med. and surgical journal* et *Lyon med.* 1875, n. 21, p. 145).

Cas d'amaurose complète à la suite d'une suppression brusque des menstrues (*New-York med. Record*, 27 mars 1875),

Rupture de l'utérus, par Noeggerath (*American supplement to the obstetrical journal*, juillet 1875, p. 53).

Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par l'ergot de seigle, par le Dr Byford (*American supplement to the obstet. journ.*, n. 74, août 1875).

Observations cliniques sur l'usage des pessaires dans les premiers mois

de la grossesse, par ALBERT SMITH (*American supplement to the obst. journ.*, avril 1875).

Nouvelle batterie galvanoçaustique (*The american journal of obstetrics*, février 1876, p. 672).

Traitement et guérison des déviations utérines, par la myotomie utérine ignée sous-vaginale, par ABEILLE. (Travail lu à l'Académie des sciences, le 5 juillet 1875, *in Gaz. med.*, 1875, p. 344).

Accoucheuse condamnée à 15 mois de prison, 240 fr. d'amende et aux frais, par le Dr BERGER (de Grenoble) (*Union méd.*, 5 août 1875, p. 193).

Nouvel instrument pour la médication intra utérine, par STOOPS (*American suppl. to the obst. journ.*, novembre 1875, p. 113).

Enucléation de deux fibroïdes du vagin, contenant des lymphatiques, par CHADWICK (*American supplement to the obs. journ.*, octobre 1875, p. 104).

De la ligature du cordon, par ROSE (*New-York med. Record*, 9 décembre 1875, p. 687).

De la contagion de la fièvre puerpérale, par FORDYCE-BARKER (*New-York med. Record*, 14 août 1876, p. 555).

Fistule vésico-vaginale ; emploi de la cautérisation, guérison (*Scalpel* 1875, p. 225 et 249).

De la manière de saisir les pieds pour la version (*Archives belges de thérapeutique* et *Sçalpel*, 1875, p. 293.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Précis élémentaire de l'art des accouchements sous forme de demandes et réponses, par le Dr C. GIRARD, professeur d'accouchements, lauréat de la Faculté, ancien interne des hôpitaux. Un vol. in-8° de 776 pages, avec 87 figures dans le texte. Prix : 6 fr. — Lauwereyns, rue Casimir-Delavigne, 2.

Leçons de clinique chirurgicale, par le Dr Léon LABBÉ, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine, recueillies et rédigées par le Dr BOURDON, Adrien Delahaye et Cie, éditeurs. Prix. 12 fr.

Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral, par STOÏCESCO, avec 35 tracés thermo-sphygmiques, Coccoz, éditeur. In-8, 1876. 4 fr.

Etude sur l'emploi des bougies de Béniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre dans la blennorrhagie chronique et la contracture douloureuse du col de la vessie, par LE GARREC, Coccoz, éditeur. In-8, 1876. 2 fr.

Notice sur l'émulsion de coaltar saponiné, antiseptique puissant, cicatrisant les plaies, par Lucien LEBEUF fils, pharmacien. J.-B. Baillière, éditeur, 1875. In-8 de 90 pages. 0,75 cent.

Trois observations obstétricales, par le Dr WASSEIGE, professeur à l'université de Liége.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT. imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.

Bulletin trimestriel (4e trimestre de 1875) des Accouchements et des Décès des nouvelles accou-…es constatés dans les Hôpitaux généraux spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	70	1	2	»	»	3	1.42	2.86	»	»	4.28	2 (1)	»
Pitié.........	99	1	»	»	»	1	1.01	»	»	»	1.01	1	»
Charité.......	101	»	1	»	»	1	»	0.99	»	»	0.99	»	»
Saint-Antoine.	72	2	»	»	»	2	2.79	»	»	»	2.79	1	»
Necker........	40	2	»	»	1	3	5.00	»	»	2.50	7.50	»	»
Beaujon.......	53	3	2	»	1	6	5.66	3.77	»	1.89	11.32	1	1
Lariboisière...	205	2	1	»	»	3	0.97	0.49	»	»	1.46	»	»
Saint-Louis...	210	»	1	»	2	3	»	0.47	»	0.94	1.42	4 (2)	1
Lourcine	6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres.)	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL.......	857	11	7	»	4	22	1.28	0.82	»	0.46	2.56	9	2
Services spéciaux													
Cochin.......	174	1	1	»	»	2	0.57	0.57	»	»	1.14	»	»
Cliniques.....	135	1	2	1	»	4	0.74	1.48	0.74	»	2.96	»	»
Mon d'Accouchem.	300	3	5	»	»	8	1.00	1.66	»	»	2.66	»	»
TOTAL........	609	5	8	1	»	14	0.82	1.31	0.16	»	2.29	»	»

SERVICES ADMINISTRATIFS

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortal. P. 0/0
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	2481	4	0.10
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	480	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) 2 cas de fièvre puerpérale.
(2) 3 cas.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA NÉVROSE CARDIAQUE TELLURIQUE

DE FORME PERNICIEUSE, PENDANT LA GROSSESSE, TRAITÉE PAR LA QUININE A HAUTE DOSE, SANS DANGER POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

Par le Dr Edouard Burdel
Médecin en chef de l'hôpital de Vierzon.

Avant de reprendre la suite de ce travail interrompu par des raisons de santé, qu'il me soit permis de remercier ici les nombreux confrères qui m'ont témoigné leur sympathique adhésion au sujet de la question que nous avons osé traiter dans ces *Annales:* Je dis que nous avons osé, parce que, dans cette question mise à l'ordre du jour depuis quelque temps, on rencontrait deux camps bien distincts ; dans le premier étaient ceux qui affirment que la quinine possède des propriétés abortives incontestables ; dans le second, ceux qui pensent que, sans être abortive, la quinine jouit de propriétés oxitociques spéciales.

A la clinique expérimentale, ou pour mieux dire, à la médecine pratique, appartenaient le droit et le devoir d'éclairer cette

question restée obscure par cette même division d'opinions. C'est ce que nous avons tenté de faire une première fois, dans le travail que nous avons publié ici (1); c'est ce que nous voulons essayer de compléter aujourd'hui, et cette tâche nous sera d'autant plus facile qu'à nos propres observations nous pouvons joindre quelques observations recueillies par quelques-uns de nos confrères, et que nous devons à leur obligeance.

Par là, il nous sera plus facile, une fois de plus encore, de démontrer que, non-seulement la quinine n'est nullement abortive, mais que ses propriétés oxitociques dont on a parlé, sont loin d'être, ainsi que nous l'avons déja dit, spéciales à l'organe utérin, mais plus encore sont loin d'être constantes.

La quinine, nous ne cesserons de le répéter, étant avant tout l'agent tonique névrosthénique par excellence et agissant d'une façon spéciale, quoique générale en même temps, par les vaso-moteurs sur les fibres musculaires lisses, il n'y a rien d'extraordinaire à ce que, dans ces nombreux cas où, à la suite d'un travail prolongé, la femme étant épuisée et l'utérus tombe dans une sorte d'inertie, il n'y a rien d'extraordinaire, disons-nous, à ce que la quinine donnée à ce moment puisse non-seulement relever l'organisme de l'atonie dans laquelle il se trouve, mais surtout, à ce que l'organe utérin, excité lui-même comme les autres organes, puisse continuer sa mission d'expulsion.

Que de fois, par la quinine, avons-nous pu dans des cas d'atonie vésicale, avec incontinence ou rétention d'urine, régulariser cette fonction ! (lorsque, bien entendu, il n'y avait qu'un affaiblissement de l'organe sans altération de l'organe lui-même). Que de fois, enfin, dans des cas d'hémorrhagies passives, hémoptysies, hématémèses, etc., avons-nous pu encore faire cesser ces accidents, par cette seule raison, c'est qu'avec la quinine nous réveillions pour ainsi dire les vaso-moteurs engourdis ou affaiblis !

Aussi le but de ce travail, repris aujourd'hui, n'est-il plus seulement de démontrer une fois de plus encore que la quinine n'est nullement abortive, mais que, donnée dans le cours de la

(1) Voir *Ann. de gyn.* T. I, p. 437.

grossesse, aussi bien au commencement qu'à la fin, elle est innocente des faits qui lui sont reprochés. Je sens le besoin cependant de m'arrêter un instant pour dire qu'il est des cas et des idiosyncrasies dans lesquels la quinine a pour ainsi dire une action subversive et perturbatrice. Ce sont des exceptions, il est vrai, mais il est bon de les noter, car on pourrait les opposer aux principes que nous avons établis. Ces cas sont rares, mais je me souviens avoir observé, dans le cours de ma pratique, des sujets chez lesquels la quinine à dose très-légère provoquait de véritables symptômes d'intoxication, et à côté de ceux-ci j'en ai rencontré d'autres chez lesquels le même médicament, donné à très-haute dose, révélait à peine son action thérapeutique.

Que le lecteur veuille bien me pardonner cette digression, que je crois indispensable pour éclairer la question que je traite en ce moment; et je rentré immédiatement dans mon sujet, en apportant deux observations à l'appui de ce travail.

La névrose cardiaque tellurique, de forme pernicieuse, à la fin de la grossesse et souvent après la parturition, ainsi que je l'ai observé, n'est certainement pas une entité morbide nouvelle; elle est bien vieille comme le monde, elle a passé sous les yeux d'un grand nombre de praticiens, je ne doute même pas que quelques-uns, en l'observant, aient pu l'apprécier et la juger comme elle mérite de l'être; mais n'en ayant trouvé la description nulle part, et tous les auteurs qui ont traité de sa perniciosité étant restés muets à cet égard, j'ai pensé que cette communication pourrait d'une part offrir de l'intérêt, et de l'autre être un très-grand enseignement, comme elle l'a été pour moi-même.

Dans cette névrose, les nerfs cardiaques et avec eux les vaso-moteurs sont principalement frappés; cette terrible affection, que j'ai vu prendre quelquefois pour une angine de poitrine, d'autres fois pour une embolie du cœur, ne se révèle que par une précipitation extrême des battements du cœur, précipitation qui donne à l'oreille et à la main la sensation d'une vibration sourde et continue. Les mouvements respiratoires deviennent fréquents mais, non anxieux, comme dans l'angine de poitrine; dans quelques cas, une inquiétude extrême se peint

dans les yeux et sur le visage, mais dans d'autres cas aussi la physionomie reste calme et sereine. La peau, d'abord très-chaude, sèche et brûlante devient par instant humide et froide; ces phénomènes enfin, rarement périodiques, tantôt s'alternant, et le plus souvent continus, finissent par la mort plus ou moins rapide si l'on n'y oppose, par la quinine, une médication énergique.

Depuis longtemps déjà, tous les praticiens, tous les observateurs qui ont étudié l'impaludisme et toute la série nosologique qu'entraîne cette cause, ont été unanimes pour dire que, dans l'intoxication tellurique, c'était le système nerveux cérébro-spinal qui était frappé et que c'était de lui que découlaient tous les troubles fonctionnels qui en étaient la conséquence. Parmi tant d'observateurs, je ne veux citer que le Dr Maillot dont la monographie porte le titre de *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*. C'est dire que cette dénomination de névrose palustre n'a rien de nouveau; mais, étant donné que, dans l'intoxication tellurique, c'est le système cérébro-spinal qui est impressionné et qu'il peut être atteint en tout ou en partie, dans son ensemble ou dans des régions isolées, c'est admettre que cette névrose peut se localiser dans telles ou telles fonctions, dans tels ou tels organes.

Cela est si vrai que, dans cette dénomination, ou plutôt dans ce cadre nosologique, où nous plaçons tous les degrés de l'impaludisme, depuis la névralgie et fièvre intermittente simple, jusqu'à la névrose pernicieuse dont nous voulons parler, nous trouvons la graduation de toutes les teintes, depuis la plus claire jusqu'à la plus sombre ; c'est-à-dire depuis l'impressionnabilité la plus légère de quelques ramifications des plexus nerveux, jusqu'au trouble profond de tout le système nerveux ganglionnaire, enfin, jusqu'aux divisions les plus ténues de l'immense réseau, qui a nom *vasa-vasorum*.

Dans ces temps derniers, des praticiens distingués nous ont donné la relation de phlegmasies diverses, dont ils faisaient, non sans une certaine raison, remonter la cause à l'intoxication palustre, j'entends parler des cardites ulcéreuses, d'origine palustre, des pneumonies, des hémoptysies, dysentéries, etc.

Qu'y a-t-il de fondé dans cette manière d'envisager le groupe d'affections que l'on fait dériver de cette cause? Est-ce bien véritablement l'action tellurique qui, déterminant cette perturbation dans ces centres nerveux, donne en même temps le rhythme, ou plutôt cette physionomie propre aux maladies qui naissent sous l'influence du génie fébrigène? ou bien, n'est-ce pas que, dans ces pays où le sol possède une action toxique, tout organe qui est atteint déjà antérieurement d'une manière aiguë ou chronique, subit, au contraire, presque inévitablement cette influence spéciale, pour prendre peu à peu ce rhythme et se fondre tellement avec lui, qu'il trouble à la fois les symptômes et les phénomènes de l'affection, et aussi, le jugement que le praticien doit apporter pour définir et diagnostiquer la maladie qu'il a sous les yeux.

Nulle part nous n'avons vu la description de la névrose cardiaque frappant la femme en gestation, et surtout avant la parturition ; et nous ne craignons pas de l'avouer, malgré toute notre prévoyance à ce sujet, nous qui vivons depuis longtemps dans ce milieu où l'on doit toujours se tenir en garde contre l'imprévu occasionné par l'atmosphère fébrigène qui nous enveloppe, nous avons été douloureusement surpris, et avec nous plus d'un praticien éminent, ainsi que nous le rapportons dans une des observations qui suivent ; car souvent l'esprit, attaché aux symptômes qui affectent l'organe ou à la scène physiologique qui va se passer sous nos yeux, on se trouve surpris tout à coup par une perturbation insolite qui n'est plus en rapport ni avec ce que l'on attend, ni avec ce que l'on a vu ; perturbation terrifiante, rapidement mortelle, laissant votre jugement ému, incertain, paralysant votre action, pour vous la rendre alors qu'il n'est plus temps.

Je me souviendrai longtemps de ce que me disait un jour un de nos praticiens les plus distingués et estimés, notre très-regretté collègue et ami, le docteur Vigla, que j'avais appelé à mon aide pour un de ces cas dont je joins ici l'observation ; et auquel je faisais part de mes doutes à ce sujet : alors cependant que nous n'observions aucune périodicité, cette pierre de touche si précieuse, cet éclair qui vient illuminer le jugement du

praticien et guider son esprit, quand, hélas, il ne fait pas défaut, ainsi que nous le verrons plus loin.

« Dans vos contrées, me disait-il, on a toujours le droit d'être en suspicion contre l'élément palustre, contre le rôle qu'il joue, et la forme qu'il prend dans l'état morbide, on ne saura jamais assez se prémunir contre lui ; et, bien que dans le cas dont il s'agit, il ne me soit permis de rien préciser à cet égard, cependant, comme vous, je pense qu'un protée palustre se cache là-dessous, agissons donc comme s'il s'était révélé. »

Les événements nous donnèrent raison, et je suis heureux de dire qu'un succès inattendu couronna nos efforts.

Celui qui n'a pu observer jusqu'où peut aller le trouble du système vaso-moteur impressionné par l'agent tellurique, aura peine à se faire une idée des désordres fonctionnels qui peuvent en résulter. — Là, en effet, rien ne vient vous révéler le point de l'organisme en souffrance ; c'est en vain que vous interrogez les organes principaux de la vie, quoique les fonctions de la circulation, de la respiration et de la calorification soient profondément troublées, rien ne vient apporter de révélation à votre esprit, vous ne reconnaissez ni période, ni phase, ni rémission ; et cependant vous vous sentez en face d'un de ces états pathologiques contre lequel la science doit avoir de la puissance ; mais le temps presse, le danger est imminent, et si vous n'agissez avec promptitude et sagacité, vous n'aurez bientôt plus qu'un corps inerte devant les yeux.

Obs. I. — Mme X..., âgée de 28 ans, habitait un château construit au milieu d'un parc situé dans une prairie très-étendue, laquelle était souvent inondée pendant l'hiver et quelquefois au printemps ; entourée, par conséquent, des conditions palustres les plus marquées. La constitution et le tempérament de Mme X... ont toujours été excellents, il n'y a dans sa famille aucun antécédent héréditaire fâcheux, si ce n'est peut-être quelques goutteux.

Mme X... était à sa sixième grossesse ; toutes ses couches ont été heureuses, et ses enfants sont tous bien portants ; cette dernière grossesse, comme toutes les autres, se présente bien ; à son huitième mois, elle va avec tous ses enfants passer quelques semaines en Normandie, au bord de la mer. Ce séjour lui est profitable, et elle revient en Berry dans de bonnes conditions, quinze jours seulement avant le terme

présumé de sa grossesse. A son arrivée, sa santé ne semble nullement ébranlée par ces différents voyages.

Appelé par hasard aux environs du château, je fus prié par M. X.. de venir voir sa femme, qu'il trouvait abattue et dont il croyait l'accouchement prochain. Il y avait 15 jours que Mme X... était installée dans son château, je la trouvai étendue sur une chaise longue ; une grande partie de la journée, elle avait pu circuler chez elle et écrire à son bureau. Elle était haletante et comme oppressée, attribuant ce malaise à sa grossesse, qui touchait à sa fin, me priant de ne pas trop m'éloigner, afin d'être près à tout événement, sentant, disait-elle, que l'accouchement se ferait très-prochainement.

Ne trouvant rien de trop anormal dans cette situation, attribuant comme elle les malaises qu'elle ressentait aux derniers jours de la grossesse et peut-être aussi, quoiqu'elle en dît, aux fatigues du voyage qu'elle avait fait si rapidement de Normandie à Paris, et de Paris en Berry. J'allais me retirer, après avoir prescrit le repos le plus absolu, lorsque, voulant m'assurer de l'état du pouls, je fus péniblement surpris de trouver une perturbation des plus intenses dans la circulation. Le pouls était très-faible et d'une fréquence telle qu'on ne pouvait le compter ; il ressemblait à une corde vibrante ; mon oreille, appliquée sur la région du cœur, me fit entendre des battements sourds, précipités, et en rapport avec l'état du pouls, la peau était chaude avec une légère moiteur.

Je restai confondu en présence d'un tel état, et je me demandai si c'était bien la grossesse et les symptômes précurseurs de l'accouchement qui pouvaient en être cause, car Mme X... était comme d'habitude, gaie, souriante, ne faisant entendre aucune plainte, ayant déjeûné sans dégoût, et n'accusant de ses malaises que la grossesse qui touchait à son terme, heureuse, disait-elle, d'être bientôt délivrée.

Que faire? Evidemment la grossesse touchait à sa fin, la délivrance était proche, peut-être se ferait-elle pendant la nuit, et, sans croire que tous les symptômes effrayants que j'avais sous les yeux pouvaient être les avant-coureurs de la parturition, je prescrivis quelques calmants anodins et me retirai soucieux, d'autant plus inquiet que je sentais un danger imminent que je ne savais comment conjurer.

Le lendemain au soir, Mme X... accouchait, et, malgré la hâte que j'apportai pour me rendre près d'elle, l'accouchement était terminé lorsque j'arrivai ; une garde sage-femme, qui se trouvait depuis quelques jours près de Mme X... pour l'assister dans sa suite de couches, avait fait l'accouchement et la délivrance, lesquels avaient été des plus faciles.

Mme X... me reçut calme, souriante, et me remercia en disant qu'avec un peu de repos elle serait promptement sur pied.— Cependant, avant de prendre congé, je demandai à examiner de nouveau

le cœur et l'état du pouls ; c'est alors que je fus stupéfait en retrouvant avec autant d'intensité tous les symptômes de la veille ; pouls vibrant, impossible à compter, respiration haletante; peau moite, un peu fraîche, mais intelligence lucide.

Je me retirai, mais je prévins aussitôt le mari du danger que je pressentais, m'offrant à passer la nuit à l'insu de la malade, afin d'être sur pied le cas échéant, et me préparant à administrer une forte dose de quinine, car tous ces symptômes semblaient m'indiquer une perniciosité des plus terribles. — Je crus devoir attendre un peu, car une heure à peine s'était-elle écoulée depuis que l'accouchement était terminé, que malheureusement, des vomissements et une diarrhée survinrent qui m'empêchèrent d'administrer le médicament et je n'avais pas sur moi ma seringue à injection hypodermique qui m'a rendu tant de services dans l'état pernicieux.

Le danger devenant de plus en plus éminent, et le diagnostic plus difficile sinon obscur, je demandai qu'on m'adjoignît un confrère ; ce fut un des membres distingués de l'Académie, qui, mandé par télégramme, arriva dans la nuit suivante ; mais, pendant cet intervalle, les symptômes s'étaient tellement aggravés, le pouls était devenu si faible et si misérable, que je n'osai plus prendre sur moi d'administrer la quinine, même par la méthode endermique.

Après un examen minutieux et approfondi, mon confrère fut, comme moi, terrifié et troublé en présence de ces symptômes qui semblaient ne se rapporter ni à l'accouchement, ni à aucune affection organique appréciable. Le mot de perniciosité que j'avais prononcé tout d'abord, je n'osais plus le répéter, bien qu'il me semblât bien définir l'état que nous avions sous les yeux. Le pronostic était le même pour nous deux, c'est-à-dire la mort, la mort imminente.

Quelques heures après le départ de cet honorable confrère, arrivait le médecin ordinaire de la famille, praticien de Paris, très-distingué, connaissant intimement les antécédents de chacun ; comme nous, il fut atterré devant la progression si rapide des symptômes, et, quelques heures après son arrivée, l'agonie commençait.

Pour mes deux honorables confrères, qui n'ont pu voir la malade qu'alors que les fonctions vitales, profondément troublées déjà, semblaient ne définir que la mort; j'ai compris l'impossibilité de poser un diagnostic, car pour eux plus que pour moi, la mort ne pouvait être que la conséquence de l'accouchement et des désordres qui avaient pu se produire pendant ou après. Et moi-même, si je n'eusse été appelé 48 heures avant l'accouchement et ayant pu, par conséquent, être témoin des

troubles profonds qui existaient déjà dans la circulation ; pour moi-même cette mort eût été une énigme. Aujourd'hui, j'hésiterais peut-être encore à confirmer ce diagnostic si, depuis lors, d'autres faits analogues, traités heureusement par la quinine à très-haute dose, n'étaient venus m'éclairer et me faire regretter, *si j'ose le dire*, ma trop grande hésitation. Car cet état n'était-il pas foudroyant? et qui peut dire si la médication quinique, si vigoureuse qu'elle eût pu être employée, eût été, assez puissante pour triompher dans un cas semblable.

A l'époque où je recueillais cette observation, j'avais déjà depuis longtemps acquis la certitude que la quinine ne possédait pas la propriété abortive qu'on lui prêtait, et si j'ai été indécis dans mon action, c'est qu'alors, je l'avoue, c'était la première fois qu'un tel fait se présentait à moi ; et si j'ai été surpris c'est que d'abord les événements se sont précipités d'une façon foudroyante, et qu'ensuite je conservais le secret espoir de voir cet état se modifier et s'apaiser par l'accouchement qui était proche.

Obs. II. — Dix-huit mois environ après l'événement que je viens de rapporter, je fus appelé pour un cas presque identique, ou du moins dans des conditions tellement analogues, qu'instruit par l'expérience, je dus prendre sur moi, malgré la famille et même malgré le confrère qui soignait la malade, d'administrer la quinine à dose tellement forte que tout d'abord, c'est-à-dire jusqu'à ce que le succès eût récompensé mes efforts, je passai pour être... plus que téméraire.

Je dois à la vérité de dire que c'est vraiment à doses presque toxiques que j'administrai la quinine, car c'était bien un contre-poison que je voulais faire pénétrer dans l'économie, afin de combattre et neutraliser le poison tellurique ; et je puis ajouter que, dans le cas dont il s'agit, je jouai pour ainsi dire ma réputation, car j'étais seul contre tous..... et que ce ne fut que par l'insistance que je mis à démontrer que le temps pressait et que la mort était imminente, que je fus laissé maître d'agir.....

Je passe sous silence les émotions et les préoccupations vives que j'eus à subir pendant près de quarante-huit heures, et qui durèrent jusqu'au moment où, grâce à la médication, la malade sortit heureusement de cette horrible crise. Je pus alors respirer librement et m'écrier avec le poëte : *Audaces fortuna juvat.*

Mme Y... était arrivée très-heureusement au huitième mois de sa

grossesse, lorsqu'elle vint s'installer à la ville pour faire ses couches; c'était alors dans les premiers jours d'octobre. La propriété où elle venait de passer quatre mois, quoique située en Berry, ne laisse pas que d'être parfois sous l'influence tellurique, suivant que les étés sont plus ou moins orageux ; et, pendant cette année 1872, la saison avait été très-chaude, entremêlée de pluies d'orage.

Dix jours s'étaient à peine écoulés depuis son installation à la ville, qu'elle se sentit prise tout à coup de malaises, de faiblesse et de syncopes tels qu'elle avait peine à marcher et à se tenir debout sans être oppressée et sans sentir ses jambes fléchir. Le médecin de la famille pensa, non sans raison, que l'accouchement était probablement plus proche qu'on ne pensait, et que c'était à cette cause qu'il fallait attribuer les symptômes qui se produisaient ; que, jusqu'à l'événement, il fallait s'abstenir de toute médication, s'en tenir au repos et à quelques antispasmodiques anodins.

Le lendemain, cet état s'aggrava tellement que les parents, inquiets, demandèrent à m'adjoindre à leur médecin.

Comme dans l'observation précédente, je trouvai Mme Y... avec toute sa lucidité d'esprit, très affaissée et ayant un pouls filiforme, vibrant, par conséquent, incalculable, le cœur lui-même semblait plutôt frémir que battre.

Au milieu de cette vibration confuse que l'on percevait venir du cœur et des gros vaisseaux, l'auscultation de l'abdomen ne pouvait faire distinguer ni apprécier les bruits du cœur du fœtus; et n'eût été les mouvements convulsifs que le fœtus produisait sous forme de soubresauts, qu'on eût pu avec raison diagnostiquer un accouchement provoqué probablement par la mort de l'enfant. Cependant, d'après ses calculs, Mme Y... pensait ne devoir accoucher que quinze jours plus tard.

Comme dans la première observation, il n'y avait ni intermittence, ni rémission, ni frissons, ni sueurs ; mais l'affaissement était tel que la famille craignant avec raison une mort prochaine, fit venir le prêtre pour administrer la malade. C'est alors que je pratiquai vers la région pectorale et épigastrique, des injections hypodermiques avec une solution de 1 gramme de sulfate de quinine dans 6 grammes d'eau-de-vie, additionnée de quelques gouttes d'eau de Rabel. — Il est bon de rappeler que les injections quiniques sont toujours assez douloureuses, et qu'avec de l'eau-de-vie la douleur est peut être plus vive encore, quoique de peu de durée (3 à 5 minutes à peu près).

Ainsi que je l'avais observé bien des fois déjà, je comptais sur l'action révulsive violente produite par ce genre d'injections, pour attendre que l'absorption du médicament se fît sentir dans toute l'économie et fît sentir aussi ses effets ; en effet, après la première injec-

tion, la malade poussa un cri ; le visage, qui était pâle, se colora, et le pouls devint plus sensible, et enfin, après la sixième injection, le pouls, malgré sa fréquence, put être compté (175).

J'abandonnai un instant la malade au prêtre et à la famille, et une heure après je pratiquai quatre autres injections semblables de 0,80 centigrammes. J'avais fait la première injection au milieu d'une indifférence et d'un septicisme des plus marqués de la part de l'assistance ; à cette seconde opération tout le monde, voire même mon confrère, sembla suivre avec grand intérêt les phénomènes qui se manifestaient d'instants en instants. Une demi-heure après cette dernière injection, la malade dormit une heure environ et s'éveilla le corps couvert de sueurs. La physionomie devint meilleure, le pouls ne marquait plus que 150, et une tasse de bouillon accompagnée d'un peu de vin de Bordeaux fut prise avec plaisir.

Le lendemain matin je trouvai le pouls baissé encore (130), je fis néanmoins quatre autres injections avec un gramme et le soir deux seulement avec 0,70 centigrammes. Enfin, 48 heures après, le pouls était descendu à 92. La malade demandait des aliments, et, en auscultant l'abdomen, je pus entendre le bruit fœtal. Je cessai alors les injections pour donner pendant plusieurs jours de suite trois petits verres de vin de Séguin. Mme Y... put se lever plusieurs heures par jour, et cinq jours après, c'est-à-dire douze jours après ma première visite, l'accouchement se fit à terme dans de très-heureuses conditions. La délivrance se fit aussi très-heureusement, avec un écoulement de sang abondant, qui fit craindre un instant une hémorrhagie mais qui fut réprimée assez rapidement. Ce qui montre bien que la névrose cardiaque que nous avions eue sous les yeux, avait pour cause une intoxication tellurique, c'est que quelques accès de fièvre intermittente, bien déterminés, se montrèrent cinq jours après, et la quinine administrée par l'estomac à la dose de 60 centigrammes chaque jour triompha de cet état ; j'ai toujours observé les fièvres telluriques de forme pernicieuse être suivies pendant longtemps d'accès de fièvre intermittente, tierce ou quarte.

J'ai dit que Mme Y. était accouchée à terme, et j'insiste sur ce point, afin de démontrer une fois de plus encore, s'il en était besoin, que la quinine ne possède nullement les propriétés abortives et oxcitociques qu'on a voulu lui prêter; son action je le répète, est névrosthénique et n'agit sur l'utérus que par une action réflexe. Si Mme Y. fût accouchée pendant la médication, la quinine endossait bien certainement une nouvelle accusation ; cependant lorsque je pris sur moi d'administrer ce médicament,

Étais-je certain de réussir? N'avais-je pas plutôt à craindre à la fois et l'avortement et la mort? Eh bien! j'ose dire que non-seulement, grâce à la médication, la malade a été sauvée, mais encore que la grossesse qui n'avait plus que quinze jours à parcourir pour arriver à son terme, a pu suivre son cours normal.

Les observations de névroses cardiaques telluriques de forme pernicieuse sont très-rares, mais elles sont encore plus rarement observées dans la grossesse et surtout dans la période ultime de la grossesse; aussi je pense qu'en publiant in extenso, ces deux observations je puis un jour rendre service aux praticiens qui comme moi, tout d'abord, pourraient hésiter et sur la nature de l'affection et sur le moyen à employer pour la combattre; car ce qu'il importe une fois la maladie bien caractérisée, c'est d'agir avec promptitude et énergie.

Ces deux observations semblent se compléter; si en effet, on les met en regard, on est frappé à la fois et de la similitude des symptômes et de la marche identique que toutes deux prenaient pour arriver au même but, si dans la seconde, éclairé par la première, je n'avais agi avec rapidité. Aujourd'hui que des années déjà se sont écoulées sur ces deux faits et qu'avec les années j'ai pu méditer longuement sur eux, je me demande si même avec l'expérience acquise, en me trouvant en face d'un cas semblable au premier, je ne serais pas hésitant et si je ne me laisserais pas surprendre par la précipitation des évènements. Qu'on veuille bien se rappeler que dans la première observation, la parturition était imminente et semblait s'opposer pour ainsi dire à toute tentative d'action thérapeutique.

Dans la seconde, appelé plus tôt près de la malade, et la grossesse ayant encore quinze jours à parcourir, j'ai pu tenter une médication qui a paru téméraire d'abord, mais qui a été heureusement justifiée par l'événement; qui sait ce qui fût arrivé si dans la première j'avais pu voir la malade quelques jours avant, et si mon esprit n'eut pas été comme captivé, en quelque sorte, par l'accouchement qui allait s'accomplir!

Enfin ce que j'ai tenu à prouver une fois de plus encore, c'est d'une part l'action héroïque de la quinine administrée, à dose

élevée par la méthode endermique et de l'autre son innocuité sur l'utérus en gestation, même alors que la parturition est proche.

DU

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE INTERNE

Par T. Gallard,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

(2e Article) (1).

Récamier, avait eu l'idée de râcler la cavité utérine en se servant d'une curette, à bords un peu tranchants, qu'il avait spécialement inventée pour cet usage, et qui, lui servant aussi, dans une certaine mesure, pour assurer son diagnostic, peut être considérée comme l'un des précurseurs de l'hystéromètre et de la sonde utérine (fig. 5).

Fig. 5. — Curette de Récamier.

Disons de suite que l'emploi de cet instrument est très-dangereux ; car il s'agit non pas seulement d'explorer tout simplement la cavité utérine, comme on le fait chaque jour et sans le moindre inconvénient, avec une sonde mousse et très-lisse; mais bien d'abraser la muqueuse, de la gratter, de la râcler, pour enlever et détacher de sa surface les granulations et les fongosités qui la recouvrent en certains points. — Récamier prétendait détacher ainsi jusqu'à plusieurs cuillerées à soupe de ces granulations ou de ces fongosités ; mais n'enlevait-il qu'elles ? et enlevait-il bien toutes celles qui pouvaient exister dans l'utérus qu'il attaquait avec cet instrument ? C'est ce dont il est permis de douter.

Aran a raillé assez agréablement la prétention qu'avait l'inventeur de la curette de diagnostiquer, au moyen de son instrument, des granulations

(1) Extrait d'une leçon faite à l'hôpital de la Pitié en 1875. Voir le numéro de mars, p. 161.

grosses comme un grain d'orge ou de blé, situées hors de la portée de sa vue et de son toucher, et qu'il ne pouvait atteindre que par l'intermédiaire d'une tige de métal, longue de 25 à 30 centimètres. Cette critique est certainement fondée, et l'on comprend très-bien qu'une lésion comme celle qui est représentée en A, sur la figure 2, ne puisse être ni diagnostiquée, ni même sûrement atteinte, à l'aide de la curette seule. Peut-être pourrait-on la détacher de son point d'implantation, en agissant ainsi aveuglement et au hasard, mais ce serait une chance toute fortuite, qui ne suffirait pas pour permettre de généraliser ni d'ériger en méthode opératoire classique la manœuvre à l'aide de laquelle ce résultat imprévu aurait pu être obtenu. Je dois dire, cependant, tout de suite, que si dans un cas pareil il était possible d'arriver à l'aide, soit de la vue, soit du toucher, soit mieux encore par l'action combinée de ces deux sens, à acquérir la notion exacte de l'existence, de l'étendue et du siége d'une semblable lésion, le seul traitement rationnel qu'il conviendrait d'appliquer serait l'ablation de cette petite tumeur fongueuse, et que cette ablation ne saurait être mieux faite que par l'abrasion pratiquée au moyen de la curette. C'est pourquoi j'aurai à rechercher, plus loin, s'il n'y aurait pas moyen, en dilatant préalablement les orifices, d'explorer tout l'intérieur de la cavité utérine, de façon à justifier l'emploi de la curette de Récamier, dans certains cas spéciaux et bien déterminés, se rapprochant de celui que je viens de prendre pour exemple.

Cela dit, et sous le bénéfice de cette réserve, il reste acquis que la curette est un instrument inutile pour le diagnostic, et n'ayant pas, au point de vue thérapeutique, l'efficacité que lui attribuait son inventeur, dans les conditions dans lesquelles il l'employait.

J'ai commencé par déclarer que, dans ces conditions, c'est un instrument extrêmement dangereux, et je crois nécessaire d'insister sur ce point. Sa manœuvre peut avoir pour effet immédiat de perforer l'utérus, dont les parois, quoique souvent épaissies, sont toujours molles et friables, dans les cas de métrite interne ; elle peut aussi, sans aller même jusqu'à la per-

foration immédiate, détacher, non-seulement des lambeaux de la muqueuse malade, mais des fragments plus ou moins épais du tissu musculaire utérin et déterminer consécutivement une inflammation qui, se propageant rapidement au péritoine, pourra compromettre gravement la vie des malades. Je ne m'étonne donc pas que Aran ait pu citer trois cas de mort à la suite de l'opération du râclage de la cavité utérine, et j'ai la conviction qu'il n'a pas connu tous ceux qu'il aurait pu relever.

Cependant, à côté de ses incertitudes et de ses revers, la méthode de Récamier a compté un certain nombre de succès, qu'il n'est pas permis de passer sous silence, et dont il importe de chercher la signification et d'expliquer le mécanisme, si l'on veut en obtenir de semblables, tout en évitant les dangers grâces auxquels ils ont pu être achetés.

Or, s'il est facile de comprendre comment la manœuvre de la curette peut exposer non-seulement aux accidents de perforation, mais aussi à ceux d'inflammation que j'ai signalés plus haut, on comprend, non moins facilement, comment son action irritante, agissant dans des limites plus modérées et plus restreintes, peut exercer sur la surface de la muqueuse utérine, sur laquelle elle opère, une modification telle que, la vitalité de cette muqueuse étant changée, un travail réparateur succède au travail morbide dont elle était le siége. Cette action irritante développe nécessairement une inflammation, laquelle, modérée dans de certaines limites et se substituant à l'inflammation plus ancienne et d'une autre nature qui existait déjà, permet une guérison qui n'aurait pu être obtenue sans cette modification apportée à la vitalité des tissus malades. C'est donc là de la médication véritablement substitutive. Elle ne diffère en rien de celle qui est mise en usage lorsque, pour guérir une plaie ou un ulcère, on exerce sur sa surface une irritation quelconque.

Mais, de même que, pour les plaies, situées à l'extérieur et directement accessibles à l'action chirurgicale, il est rare que l'on recourre au frottement ou au râclage en vue d'obtenir cette irritation modificatrice, on est en droit de se demander pour-

quoi les plaies ou les autres altérations de la muqueuse utérine, ne seraient susceptibles d'être heureusement modifiées que par cette action mécanique. Ne voit-on pas tous les jours le chirurgien employer, soit des lotions cathérétiques, soit des cautérisations et obtenir ainsi, lorsqu'il agit sur des muqueuses accessibles à ces moyens directs, une guérison rapide et durable? N'est-ce pas ainsi du reste que nous agissons, lorsque l'ulcération ou la fongosité, au lieu de siéger dans l'intérieur de la cavité utérine existe sur le museau de tanche et peut être mise facilement à découvert, à l'aide du spéculum, qui la rend accessible aux divers agents physiques ou chimiques, à l'aide desquels nous sommes habitués à l'attaquer?

La difficulté qui nous arrête, en ce qui concerne les altérations de même nature, situées dans la profondeur de la cavité utérine, vient uniquement de ce qu'elles ne peuvent être, ni mises facilement à découvert, ni sûrement atteintes par les agents caustiques dont nous pouvons disposer. Les expériences de M. le docteur Ambroise Guichard (1) ont montré, en effet, qu'un crayon de nitrate d'argent, par exemple, introduit à travers le canal cervico-utérin, arrive difficilement à dépasser l'orifice interne du col, pour pénétrer jusque dans l'intérieur de la cavité utérine, et que, si on parvient à le pousser jusque dans cette cavité, on ne peut l'y faire mouvoir de façon à le mettre en contact avec tous les points de la muqueuse qui la tapisse. Jamais il n'atteint jusque dans les angles des cornes de l'utérus, où viennent s'ouvrir les orifices des trompes, et que nous savons être un des siéges de prédilection des granulations et des fongosités qu'il s'agit de réprimer.

Le résultat est absolument le même si, au lieu d'un simple crayon, on introduit le caustique à l'aide d'un instrument plus ou moins comparable à celui que Lallemand avait inventé pour pratiquer la cautérisation de l'orifice des canaux éjaculateurs dans l'urèthre (Voy. fig. 6). Ces divers porte-caustiques, malgré la faveur dont ils jouissent auprès de certains praticiens fort

(1) A. Guichard, *Des injections intra-utérines*, Thèse, mai 1872.

recommandables, n'ont, en ce qui concerne la cavité utérine, aucun avantage, car il ne s'agit pas de protéger — comme Lallemand voulait le faire dans l'urèthre — une longue étendue de canal sain qu'il faut traverser avant d'arriver sur le point malade, pour attaquer ensuite celui-ci dans une partie très-limitée et parfaitement déterminée à l'avance. Là, au contraire, le conduit à traverser est très-court; il n'a même pas besoin d'être protégé, car il est le plus souvent lui-même affecté, et la surface à atteindre est généralement étendue à toute la muqueuse intra-utérine, ou tout au moins dissémi-

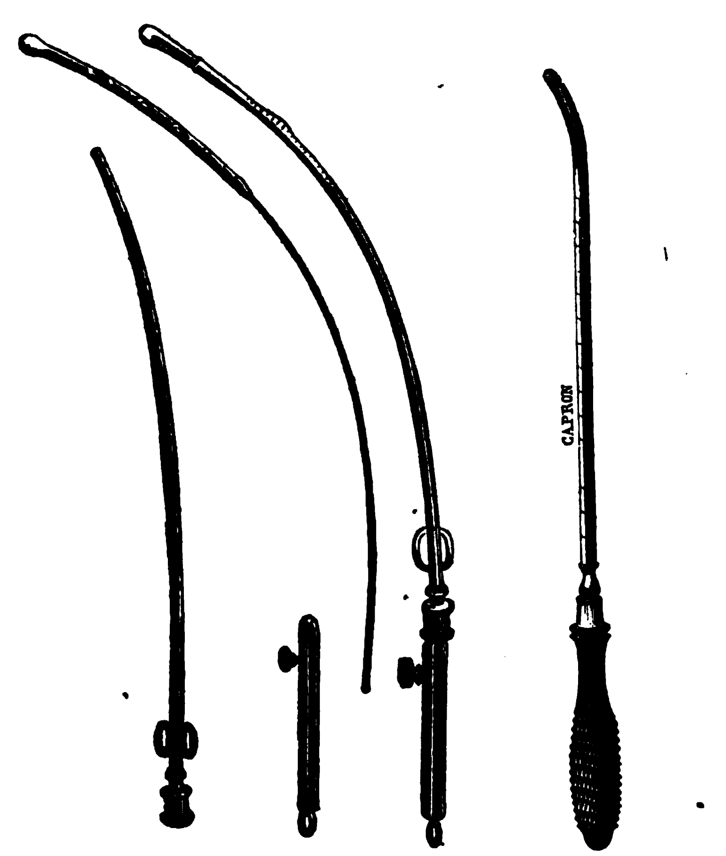


Fig. 6. Porte-caustique de Lallemand modifié pour la cautérisation intra-utérine.

Fig. 7. — Hystéromètre porte-caustique de Siredey.

née sur divers points de la surface de cette muqueuse, de telle sorte qu'il ne peut pas être permis de dire à l'avance quelles sont les parties de cette surface qui devrent être attaquées, quelles sont celles qu'il pourrait être utile de ménager. De plus, par leur rigidité et leur inflexibilité, les porte-caustiques métalliques, dont nous parlons, ont cet autre inconvénient de ne pouvoir être introduits sans de grandes difficultés et sans causer de vives douleurs, dans les cas, relativement nombreux, dans lesquels une déviation utérine, et plus particulièrement, une flexion, vient compliquer la métrite interne qu'il s'agit de combattre.

Ces raisons sont plus que suffisantes pour faire renoncer à l'usage des caustiques solides, qu'ils soient employés seuls, sous forme de crayon, ou introduits dans la cavité utérine au moyen d'un porte-caustique; et elles doivent nous déterminer à donner la préférence à ceux de ces agents qui, introduits sous forme liquide, auront au moins l'avantage de pouvoir se répandre dans toutes les anfractuosités de la cavité tapissée par la muqueuse malade, et d'atteindre ainsi, sûrement, tous les replis de cette muqueuse, qu'il s'agit de soumettre à leur action modificatrice.

Deux objections peuvent être faites à l'emploi de caustiques liquides ainsi introduits dans l'intérieur de la cavité utérine; la première, c'est que justement, leur action ne s'exerce pas exclusivement sur les points malades et qu'elle s'étend aussi sur la muqueuse saine. J'ai déjà fait justice de cette première objection en montrant, d'une part, que les caustiques solides ont une action moins certaine encore puisque, sans épargner d'autres parties de la muqueuse moins gravement atteintes, ils ne permettent pas d'arriver sûrement sur les points les plus malades; et d'autre part en établissant, par l'anatomie pathologique, que si la muqueuse est le siége d'altérations affectant divers points de sa surface, elle est enflammée dans sa totalité et que, par conséquent, il importe de la mettre tout entière en contact avec l'agent médicamenteux.

L'autre objection, plus sérieuse, est tirée du danger qui pourrait résulter de l'introduction du liquide caustique jusque dans

le péritoine, à travers les orifices des trompes. Mais cette objection est plus spécieuse que réellement fondée, et elle ne résiste pas plus à l'expérimentation qu'à l'expérience des faits pratiques. Rappelerai-je que l'on a cherché à se rendre compte sur le cadavre, des conditions dans lesquelles une injection, poussée à l'intérieur de la cavité utérine, peut pénétrer jusque dans le péritoine, et que des expériences décisives de MM. Guyon, Fontaine, Ambroise Guichard ont montré que cette pénétration ne s'effectue jamais dans des conditions analogues à celles dans lesquelles nous nous plaçons lorsque nous pratiquons ces injections dans un but thérapeutique? A quoi bon? puisque la pratique de ces injections, assez répandue aujourd'hui, n'a occasionné aucun de ces accidents que, théoriquement, on s'était cru en droit de redouter. Je dois cependant dire que, pour let rendre aussi innocentes et inoffensives qu'elles doivent être efficaces, il faut faire ces injections avec certaines précautions que je crois indispensable de rappeler ici, en indiquant la manière dont je procède habituellement.

L'outillage dont je me sers consiste en : 1° un spéculum bivalve; 2° une longue pince à pansement; 3° quelques sondes élastiques marquant, au plus, le n° 10 de la filière Charrière et ayant par conséquent le même diamètre que celui de l'extrémité olivaire de l'hystéromètre d'Huguier ou de Simpson, c'est-à-dire de 3 millimètres à 3 millimètres et demi, au maximum. Je tiens à cette dimension de la sonde, parce que je veux qu'elle pénètre, facilement et sans être serrée, dans l'orifice interne du col utérin, qui a, comme on sait, environ 4 millimètres de diamètre à l'état normal; et je suis d'autant plus sûr d'obtenir ce résultat, que, par le fait de la métrite interne, cet orifice est toujours plus ou moins élargi. J'ai donc la certitude, alors même que cet élargissement morbide n'existerait pas, de voir le liquide introduit dans la cavité utérine refluer facilement entre les parois de cet orifice et la sonde, sans qu'il puisse y avoir accumulation de ce liquide et, par conséquent, distension de la matrice. Je tiens tellement à ce qu'il en puisse être ainsi que, si, au moment de l'introduction de ma sonde, je m'aperçois qu'elle est serrée, dans un point quelconque du canal cervico-utérin, de

façon à boucher ce canal; je la retire et j'en choisis une de plus petit calibre; 4° une petite seringue en verre (fig. 8) dont la capacité a été soigneusement graduée à l'aide de divisions marquées sur la tige du piston B; un curseur C, placé sur cette tige permet de déterminer exactement à l'avance la quantité du liquide que l'on veut injecter. Cette seringue porte à son extrémité une canule conique E, avec un pas-de-vis qui permet de l'introduire dans les sondes en caoutchouc quel qu'en soit le diamètre, en obtenant un ajutage parfaitement hermétique. On pourrait également adopter à cette seringue, un ajutage métallique D, mais alors il vaudrait mieux avoir recours à l'ingénieux système de la seringue à jets récurrents (fig. 9), imaginée par le professeur Pajot. J'ai déjà dit plus haut (1) pourquoi je préfère la sonde élastique à tous ces ajutages métalliques si habilement agencés qu'ils puissent être; 5° le liquide à injecter qui peut être ou du perchlorure de fer (solution Pravaz à 30°), c'est celui que j'emploie le plus habituellement, ou de la teinture d'iode, ou de la solution d'azotate d'argent cristallisé, au cinquième ou au quart; ou tout autre analogue, mais ce sont là les seuls dont je me sois jusqu'à présent servi.

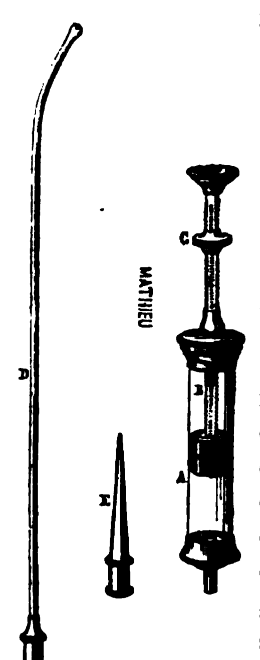


Fig. 8. — Seringue à injections intra-utérines (2).

---

(1) Voir page 339.

(2) A. Corps de pompe contenant 4 grammes de liquide. — B. Tige graduée, munie d'un curseur C, destinée à injecter la quantité de liquide déterminée à l'avance. — D. Sonde creuse, présentant la même courbure que l'hystéromètre d'Huguier. — E. Canule conique destinée à s'adapter sur des sondes flexibles de calibres différents.

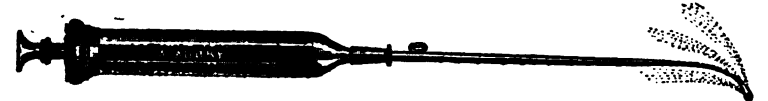


Fig. 9. — Seringue à injections intra-utérines à jets récurrents du professeur Pajot.

La malade étant placée dans la position habituellement usitée en France, pour l'introduction du spéculum, je découvre le museau de tanche à l'aide de cet instrument, puis, saisissant une sonde à l'aide de la pince, je la pousse doucement à travers l'orifice du col jusque dans l'intérieur de la cavité utérine. Je m'arrête dès que j'éprouve la moindre résistance, mais, avant de pousser l'injection, je dois m'assurer que la sonde est bien dans la cavité de l'utérus et que la résistance qu'elle éprouve résulte de son contact avec la paroi supérieure de cette cavité. J'ai un moyen bien simple de me renseigner à cet égard; il me suffit de placer, sur les lèvres du col, l'extrémité d'une autre sonde, d'une longueur égale à celle qui y a été introduite, et, en les juxtaposant l'une à côté de l'autre, je trouve, dans la différence de saillie qu'elles font hors de la vulve, la mesure exacte de la longueur de la cavité dans laquelle la première a pénétré. Si cette longueur atteint ou dépasse 6 centimètres, je suis fondé à penser que ma sonde est bien arrivée jusqu'au fond de la cavité utérine; si elle n'a pénétré que d'une quantité inférieure, c'est qu'un obstacle autre que le fond de l'utérus est venu s'opposer à son introduction. Il faut alors, à l'aide des manœuvres et des tentatives usitées dans tout cathétérisme, essayer de contourner ou de vaincre cet obstacle, pour pénétrer plus profondément.

La sonde étant ainsi introduite dans la cavité utérine, et les mouvements de retrait et de propulsion que je lui ai imprimés m'ayant démontré qu'elle joue bien dans les orifices et ne les oblitère pas, de façon à empêcher le reflux du liquide qui va être injecté, je procède, à titre d'essai préparatoire, à l'injection d'une certaine quantité d'eau tiède. La température de cette eau doit être de 30° à 35° centigrades, afin d'éviter les douleurs et les accidents que déterminerait l'impression trop vive d'un froid trop

intense ou d'une chaleur trop élevée. Cette injection d'eau tiède est poussée doucement, lentement, avec précaution, et, comme je n'ai pas retiré le spéculum, je surveille avec soin le moment où elle vient refluer à travers l'orifice du col, resté à découvert. La graduation de ma seringue m'indiquant exactement quelle a été la quantité de liquide employé ou injecté au moment où ce reflux s'opère, j'en déduis les dimensions exactes de la cavité utérine. Pour faire cette évaluation, il est bon de tenir compte de la quantité de liquide contenue dans la capacité de la sonde, laquelle est de 70 centigrammes. Cette déduction ainsi faite, on voit que la cavité utérine présente une capacité qui, dans l'état morbide dont nous occupons, a pu aller jusqu'à 4 centimètres cubes (4 grammes d'eau distillée pouvant être ainsi injectés, sans que le liquide ressorte par le museau de tanche), mais, en général, cette capacité est beaucoup moindre, et après l'injection du premier ou du second centimètre cube, on doit voir refluer le liquide dans le fond du spéculum. Ce n'est pas sans une certaine timidité que j'ai continué l'injection dans les cas où ces quantités ont été dépassées, et avant d'aller plus loin, j'ai toujours eu soin de m'assurer qu'aucun obstacle n'était apporté au reflux du liquide et surtout que la malade n'éprouvait aucun malaise pouvant faire craindre l'apparition d'un accident quelconque. Dès que la récurrence du liquide est parfaitement établie, l'injection aqueuse peut être continuée impunément, de façon à procurer un véritable lavage de la cavité utérine. Ces lavages sont fort utiles, et ils provoquent souvent la sortie de mucosités purulentes qui sont entraînées par l'injection.

Si les malades ont une grande susceptibilité nerveuse, si l'inflammation est vive, si le ventre est endolori, s'il y a de la fièvre, je m'en tiens souvent à cette injection d'eau, pour une première séance; dans le cas contraire, je la fais suivre immédiatement de l'injection caustique.

Pour cette dernière, le plus sage est certainement de n'employer qu'une quantité de liquide égale, ou même un peu inférieure à celle qui peut être contenue dans la matrice, dont la capacité a été mesurée comme il a été dit plus haut. Mais, quand

la récurrence du liquide est facile, il n'y a aucun inconvénient à en employer davantage, puisque tout ce qui est injecté en supplément ressort aussitôt. Cette injection est poussée avec autant de soins et de précautions que la précédente, après quoi on retire la sonde et le spéculum, et la malade est laissée dans son lit, où il convient qu'elle garde le repos pendant au moins vingt-quatre heures. J'ai vu souvent des femmes qui, après une injection ainsi faite à ma consultation, sont rentrées chez elles et n'ont pas éprouvé le moindre accident; mais cependant cette pratique ne me paraît pas devoir être suivie, et quelques faits m'ont montré qu'elle pourrait facilement devenir dangereuse, par suite de l'imprudence des malades.

Dans les heures qui suivent l'injection, la malade éprouve souvent des coliques utérines assez vives, avec sensation de contraction; le ventre est un peu tendu et douloureux, et souvent il y a, dans la soirée, un léger mouvement fébrile; mais, dès le lendemain, le surlendemain au plus tard, tous ces symptômes sont apaisés, et il a suffi d'un cataplasme laudanisé et d'une potion calmante avec quelques centigrammes de morphine ou d'opium pour les faire disparaître.

Ces symptômes sont ceux de l'inflammation utérine, je ne le conteste pas; mais il est convenu que nous ne pourrons faire disparaître la métrite interne qu'en employant la méthode substitutive, c'est-à-dire en remplaçant l'inflammation chronique et rebelle que nous avons à combattre par une inflammation plus aiguë et plus franche qui guérira d'elle-même. Seulement, cette inflammation est moins dangereuse que celle que provoquait Récamier, en râclant la cavité utérine avec sa curette. Nous savons mieux jusqu'où elle peut s'étendre et quand elle s'apaisera; c'est ce qui nous a déterminé à lui donner la préférence. L'expérience nous a montré qu'elle ne dépasse jamais certaines limites, qu'elle ne constitue pas un danger, et je puis dire, après avoir usé fréquemment de cette méthode, depuis plusieurs années, que jamais elle n'a été suivie d'aucun accident sous mes yeux. Je comprends pourtant qu'il en puisse être autrement et que, si, dans le cours de cette inflammation provoquée dans un but thérapeutique, il intervient l'action d'une autre cause mor-

bide quelconque, s'il y a une imprudence de commise, si le malade se fatigue, les limites soient dépassées et que l'on puisse voir la phlegmasie s'étendre, non-seulement au parenchyme utérin, mais aux organes voisins et en particulier au péritoine. C'est la crainte de ces accidents qui me fait insister sur la nécessité du repos aussitôt après l'opération et conseiller de ne pas la pratiquer ailleurs qu'au domicile de la malade ou à l'hôpital.

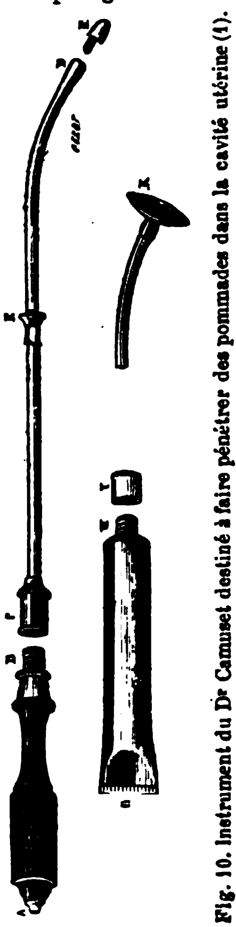


Fig. 10. Instrument du Dr Camuset destiné à faire pénétrer des pommades dans la cavité utérine (1).

Ces injections doivent être renouvelées plusieurs fois, à huit ou dix jours d'intervalle, et il faut s'abstenir de les pratiquer pendant les quelques jours qui précèdent, aussi bien que pendant ceux qui suivent l'époque menstruelle.

J'ai déjà dit que j'emploie le plus habituellement la solution de perchlorure de fer à 30°; son action est plus énergique que celle de la teinture d'iode, et son application est moins douloureuse que celle de la solution concentrée d'azotate d'argent, qui offre encore cet inconvénient de précipiter les chlorures contenus dans les mucosités utérines ou dans le sérum du sang, en formant un magma, dont l'expulsion provoque des contractions utérines analogues à celles

(1) AB. Manche mobile de l'instrument pouvant être remplacé par le récipient GH. — CD. Tige creuse, graduée, ayant la courbure de l'hystéromètre de Huguier. — E. Curseur servant à limiter d'avance la profondeur à laquelle on veut introduire l'instrument dans la cavité utérine. — F. Bouton mobile fermant l'instrument et qu'on enlève pour pratiquer l'injection. — GH. Récipient contenant la matière médicamenteuse. — I. Bouchon du récipient. — K. Cupule qu'on fixe au bout de la sonde quand on veut agir seulement sur le museau de tanche.

qui ont lieu dans le cours de la dysménorrhée membraneuse. C'est là un inconvénient grave qui a été remarqué également dans les cas où l'on a voulu se servir du tannin, comme aussi dans ceux où on a injecté des substances pulvérulentes dans l'intérieur de la cavité utérine.

Il est bien certain que nombred'autres agents médicamentaux peuvent être portés dans l'intérieur de cette cavité, et M. le Dr Camuzet a inventé un très-ingénieux appareil (fig. 10), dont je me suis servi pour y faire pénétrer des pommades de diverses natures. Mais, quoique ces pommades, en raison de la rapidité avec laquelle elles fondent et s'écoulent au dehors, n'aient pas les mêmes inconvénients que les substances pulvérulentes, l'expérience m'a montré qu'elles ne constituent pas une méthode thérapeutique bien avantageuse, et que les seuls agents qu'il y ait intérêt à mettre en contact direct avec la muqueuse utérine sont réellement les caustiques ou les cathérétiques à l'exclusion de tous autres.

Dans certains cas, ces agents, employés toujours sous forme liquide, peuvent être portés dans l'intérieur de cette cavité autrement qu'au moyen de l'injection ; c'est lorsque les orifices utérins sont assez dilatés pour permettre l'introduction d'un pinceau imbibé du liquide dout en veut faire usage. On comprend qu'un pinceau, ainsi introduit dans la cavité utérine, à l'intérieur de laquelle il exprimera le liquide dont il est imprégné, pourra produire un effet absolument identique à celui que déterminerait une injection ou un lavage opéré avec ce même liquide. Pour certains esprits timorés, ce procédé aurait l'avantage de ne pas exposer à la pénétration du liquide dans le péritoine, à travers les orifices des trompes. Le procédé est excellent, et je l'emploie toujours lorsqu'il m'est possible d'y avoir recours, réservant l'injection pour les cas, infiniment plus nombreux, dans lesquels les orifices sont assez étroits pour ne pas permettre l'introduction du pinceau jusque dans l'intérieur de la matrice.

Pas plus avec le pinceau qu'avec la sonde, je n'ai encore osé recourir à des caustiques aussi énergiques que l'acide nitrique dont se sont servis le Dr Woodbury (de Washington), et M. le Dr James Braithwaite (de Leeds). Il ne peut, du reste, être

employé que si les orifices ont déjà subi une certaine dilatation par le fait de la maladie; car il importe de protéger les parties saines contre l'action du liquide extrêmement caustique, qui doit être mis en contact avec les parties malades, et nos confrères d'Amérique paraissent y avoir très-bien réussi en se servant

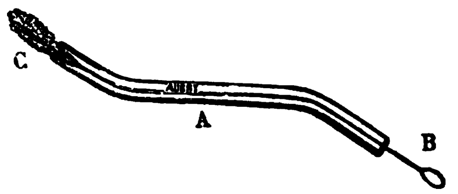


Fig. 11. — Instrument du Dr Woodbury (de Washington) pour la cautérisation de la cavité utérine à l'aide de l'acide nitrique (1).

d'un petit tube conducteur en verre (fig 11) sorte de sonde intra-utérine qu'ils introduisent d'abord, et dans laquelle ils font glisser un petit bourdonnet d'ouate, imbibé d'acide azotique. M. Le Blond, qui s'est servi de ce petit appareil et de cet agent caustique, chez une malade atteinte de métrite interne, dit en avoir retiré de très-bons effets. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, il considère la cautérisation avec l'acide nitrique comme moins douloureuse que celle qui est pratiquée avec tout autre agent, et plus particulièrement avec la solution concentrée de nitrate d'argent (2). S'il en est ainsi, c'est un moyen dont on pourra user, non pas dans les cas d'ulcération de la muqueuse utérine, mais plutôt dans ceux où l'on se trouvera en présence de granulations ou de fongosités véritables, comme celles qui sont représentées dans les figures 10 et 11 ci-dessus.

Mais, comme, d'une part, il faut que les orifices présentent une certaine dilatation pour permettre l'introduction du tube de verre à l'intérieur duquel on fait glisser le bourdonnet de coton, chargé d'acide azotique, comme, d'autre part, il faut une dilatation plus grande encore pour permettre de reconnaître, au moyen du toucher intra-utérin, la présence de ces végétations

(1) A. Tube conducteur à double courbure. — BC. Tige métallique recouverte de gutta-percha à l'extrémité de laquelle est fixé en C un bourdonnet de coton imbibé d'acide azotique.

(2) Voir *Annales de Gynécologie*, t. IV, p. 392.

et de ces fongosités, c'est le cas de se demander si, au préalable, on ne doit pas intervenir en vue d'obtenir cette dilatation ; et si, une fois qu'elle a donné des renseignements suffisants, on n'est pas autorisé à agir autrement qu'avec les simples caustiques, pour débarrasser la cavité utérine de ces altérations pathologiques, qui sont le produit de la métrite interne. Cette question s'impose, avec d'autant plus d'autorité à nos méditations que nous devons reconnaître notre impuissance absolue de nous rendre maîtres de ces lésions à l'aide des seuls moyens dont il a été question jusqu'ici. Rappelons-nous, en effet, que des états anatomiques qui constituent la métrite interne, la rougeur, l'hyper-vascularisation[1], ont été combattus et facilement modifiés par des moyens fort simples tirés de la médication antiphlogistique ; que des altérations plus profondes, comme les ulcérations de la muqueuse, son épaississement et au besoin quelques petites granulations, ont pu disparaître sous l'influence de la médication substitutive, à l'aide des caustiques légers ou des cathérétiques, que la seringue ou le pinceau nous ont permis d'introduire dans cette cavité ; mais que ces caustiques légers ne peuvent suffire à détruire des altérations plus graves, plus tenaces, plus anciennes, comme les végétations, comme les fongosités étendues sur une certaine surface ; et que ces dernières — dans la cavité utérine comme sur tous les autres points de l'économie — ne peuvent disparaître qu'à la condition d'être détruites ou enlevées, soit par une cautérisation très-énergique, soit mieux encore par une opération chirurgicale, ligature ou excision.

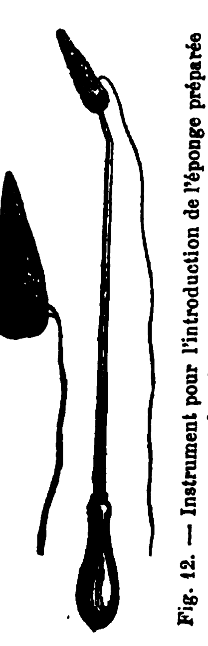


Fig. 12. — Instrument pour l'introduction de l'éponge préparée dans la cavité du col.

Pour pratiquer cette opération chirurgicale, quelle qu'elle soit, il faut pouvoir atteindre les produits morbides, et, comme ils sont situés à l'intérieur de la cavité utérine, on ne peut parvenir jus-

qu'à eux qu'en forçant en quelque sorte les orifices de cette cavité. Cette ouverture des orifices utérins s'obtient assez facilement par la dilatation de certains corps qui se gonflentsous l'influence de l'humidité, de façon à acquérir un volume de beaucoup supérieur à celui qu'ils avaient primitivement. De ce nombre sont les tentes éponges, préconisées par M. Marion Sims (fig. 12), et les tiges de laminaria digitata (fig. 13) dont je n'ai pas à donner ici la description ni le mode de préparation. Il me suffit de dire que l'un ou l'autre de ces corps introduit à travers les orifices du col de l'utérus, sous forme de cônes ou de cylindres, d'un volume approprié aux dimensions actuelles de ces orifices, ne tarde pas à s'imprégner des mucosités sécrétées par la muqueuse utérine, et à augmenter rapidement de volume en dilatant le canal intra-utérin, si bien qu'au bout d'un temps très-court, variant de douze à vingt-quatre heures, on peut trouver ces orifices assez élargis pour permettre l'introduction du doigt. Pratiquée avec précautions et ménagements, cette dilatation peut être considérée comme à peu près exempte de danger, et si une première application de l'agent dilatateur ne suffit pas pour la produire à un degré voulu, il faut en faire immédiatement une seconde, avec une tige ou un morceau d'éponge préparée d'un plus grand diamètre.

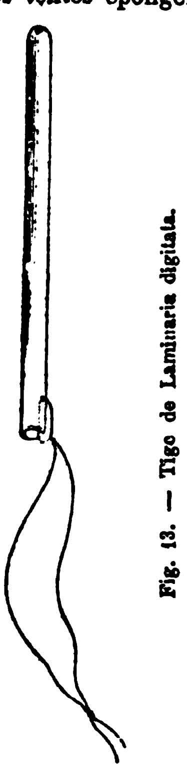


Fig. 13. — Tige de Laminaria digitata.

Lorsqu'on est ainsi parvenu à suffisamment ouvrir les orifices utérins pour pouvoir introduire le doigt jusque dans l'intérieur de la matrice, on constate la présence, à l'aide de cette exploration, de végétations, de fongosités, de polypes mêmes dont on n'avait pu antérieurement que soupçonner l'existence, et on reconnaît la nécessité en même temps que l'on acquiert la possibilité de les attaquer directement, pour les détruire ou pour les extraire. Les moyens chirurgicaux auxquels on peut

songer à avoir recours pour cette destruction sont très-limités; la cautérisation, même avec les caustiques très-énergiques, est difficile à opérer, car on ne peut être sûr ni de détruire la totalité du produit morbide ni de ne pas atteindre les tissus voisins; la ligature, applicable dans les cas de polypes bien pédiculisés, ne l'est plus lorsque la tumeur est sessible, lorsqu'il s'agit d'une végétation en forme de framboise ou de chou-fleur; et c'est peut-être le cas le plus fréquent; enfin, lorsque les polypes, même bien pédiculés, sont d'un petit volume et très-friables, on ne peut songer à les lier; il fant donc en pratiquer l'excision ou l'arrachement. — Or, dans tous ces cas, nul instrument ne convient mieux que la curette de Récamier, qui agit à la fois et par excision et par arrachement. On peut l'employer alors, parce qu'on n'agit plus au hasard, comme le faisait son inventeur, car le doigt, introduit dans la cavité interne, la guide, dirige et surveille tous ses mouvements et l'empêche de porter son action vulnérante au-delà des limites de l'altération morbide qu'elle doit atteindre. — Cet instrument, en raison de son petit volume et de sa forme qui permet de le glisser sur le doigt, est le seul qui puisse remplir cet office, et dans les conditions que je viens d'indiquer, il me paraît être appelé à rendre de véritables services.

Pour bien préciser ces conditions, je rapporterai deux cas qui me paraissent présenter le type des altérations pathologiques justiciables de ce mode de traitement.

Vers la fin du mois de janvier 1875, mourait dans mon service de la Pitié (salle du Rosaire, nº 23), une femme âgée de 48 ans, qui était entrée à l'hôpital depuis deux mois à peine, et à laquelle j'avais déjà donné des soins en 1867. Elle succomba à une maladie du cœur (rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec insuffisance de la valvule mitrale), compliquée de pneumonie droite.—Cette femme avait, depuis un certain temps déjà, des métrorrhagies tellement abondantes que c'est à peine si chaque mois il lui restait quelques jours d'intervalle entre des époques menstruelles qui se prolongeaient pendant plusieurs semaines et revenaient d'une façon tout à fait irrégulière. Elle éprouvait en même temps, outre les symptômes dus à

l'anémie, des douleurs assez vives qui, ayant leur siège principal dans l'abdomen, dans la région hypogastrique et dans les lombes, s'irradiaient, comme cela arrive si habituellement en pareil cas, jusque dans les aines et dans les cuisses.

A l'autopsie, outre les lésions cardiaques et pulmonaires qui ne nous intéressent pas en ce moment, nous trouvâmes l'utérus volumineux et surtout très-globuleux. Il était très-mobile; aucune ad hérence péritonéale ne le rattachant aux organes voisin

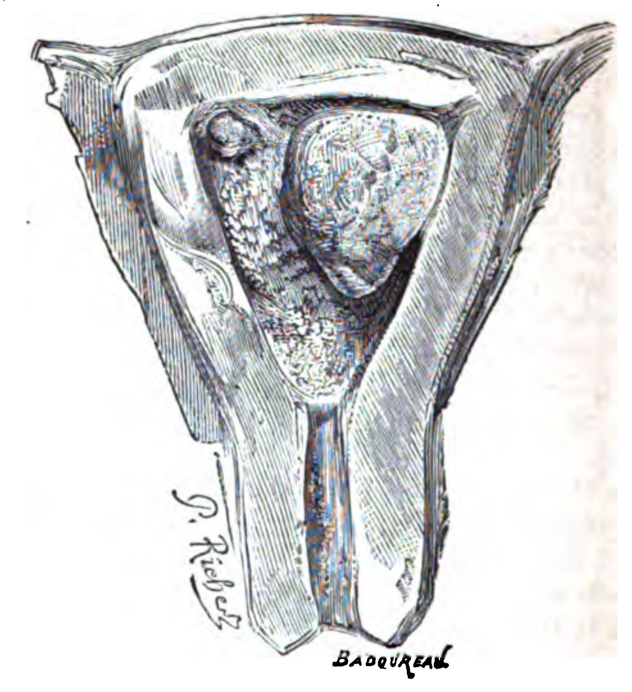


Fig. 14. — Polypes muqueux de la cavité utérine.

le tissu cellulaire péri-utérin était souple et sain. Des deux côtés, les veines ovariques contenaient des phlébolithes et de tout petits kystes existaient à la surface des ovaires, ainsi que le long de leurs ligaments; mais ce sont là des lésions insignifiantes pour la solution de la question qui nous occupe.

L'utérus, globuleux comme je l'ai dit, était augmenté de volume; sa longueur totale était de 9 cent. 1/2 à l'extérieur et de 8 centimètres pour les deux cavités, dont près de 5 (4,7) appar-

tenant à la cavité seule du corps. Les parois étaient notablement épaissies et hyperémiées.—Le pourtour de l'orifice externe du col était légèrement ulcéré; mais cette ulcération toute superficielle ne pénétrait pas jusque dans la cavité cervicale dont la muqueuse était saine. — Il n'en était pas de même de la muqueuse tapissant la cavité du corps. Cette dernière était rouge, tomenteuse, ramollie, se déchirant facilement et peu adhérente au tissu sous-jacent. Elle présentait des arborisations vasculaires plus faciles à constater lorsqu'on les regardait sous l'eau. Il y avait de plus quelques ulcérations et de petites ecchymoses siégeant surtout au-dessous d'un petit polype qui formait une tumeur pédiculée de la grosseur d'une amande, saillante à l'intérieur de la cavité utérine. Le pédicule en était extrêmement court, et il était implanté, non à l'extrémité de la tumeur, mais sur une de ses faces (fig. 14). L'analyse microscopique faite par M. Longuet, fit voir qu'il était composé exclusivement de tissu fibreux, mais à l'état embryonnaire, c'est-à-dire que les cellules allongées et fusiformes y étaient l'élément dominant, et que tous les éléments extrêmement granuleux étaient plongés dans une atmosphère épaisse de tissu amorphe, d'où l'aspect gélatineux et la mollesse du polype. Les éléments fibreux étaient réunis en faisceaux diversement enchevêtrés. Çà et là, on trouvait quelques rares faisceaux de fibres musculaires minces et courtes; quelques-unes tout à fait isolées. Toute la surface extérieure du polype était tapissée de cellules épithéliales pavimenteuses. Il n'y avait pas trace de glandes dans ce polype, et tout démontrait qu'il s'était développé aux dépens du chorion de la muqueuse.

Cette petite tumeur était bien certainement la principale, sinon l'unique cause, des métrorrhagies qui depuis longtemps déjà épuisaient cette pauvre femme, et on ne doit pas se dissimuler que si, faisant abstraction de la maladie du cœur dont elle était atteinte, on eût pu la traiter, les injections intra-utérines seraient demeurées impuissantes à faire disparaître ces métrorrhagies. Ces injections auraient bien pu modifier l'état de la muqueuse, enlever la rougeur, cicatriser les ulcérations, mais le polype serait resté, et, après quelques jours d'une amé-

lioration passagère on aurait vu tous les accidents se reproduire, avec la même intensité qu'auparavant. Qu'eût-il donc fallu pour arriver à une guérison définitive, sinon dilater le col afin de pouvoir constater la présence de ce polype, et, ce dernier une fois découvert, l'enlever avec la curette à Récamier, le meilleur, sinon le seul instrument, qui aurait permis de le détacher de son insertion, sans le moindre effort et sans causer aucun autre désordre?

Cet instrument aurait pu encore être employé dans un autre cas que j'ai eu occasion d'observer à une époque ou je n'aurais certainement pas eu la hardiesse de m'en servir, alors même que j'aurais cru en reconnaître la nécessité.

C'était en 1867 : une femme âgée de 40 ans, entra le 3 juillet dans mon service; elle avait depuis fort longtemps des accidents de métrorrhagie qui, après de nombreuses alternatives de mieux et de pis, s'étaient surtout accentués depuis un an. C'est au moment de ses règles que les métrorrhagies se sont toujours produites, commençant comme une simple époque menstruelle qui se prolongeait d'une façon inusitée, et finissant par acquérir une abondance telle qu'il survenait parfois de véritables syncopes.

C'est une de ces hémorrhagies excessives qui avait déterminé son entrée à l'hôpital le 3 juillet 1867. — Je donne ici des dates précises, car il y a une grande importance à suivre d'une façon exacte la marche des accidents. — La malade accusait en outre, comme la précédente, et comme la plupart des femmes affectées de métrite interne, des douleurs abdominales, s'irradiant dans les lombes et les cuisses.

A l'examen que je fis le surlendemain de l'entrée de la malade (5 juillet), je trouvai le ventre souple et indolent, sauf dans la région hypogastrique, du côté gauche, où il y avait un peu de douleur et de résistance à la pression même modérée. L'utérus était très-volumineux et légèrement incliné à gauche, sans bosselures ni irrégularités à sa surface. Le col était effacé, légèrement entr'ouvert, sans ulcération. Le cathétérisme utérin fut pratiqué, et la sonde métallique ne put pénétrer à plus de 5 centimètres; mais une sonde

élastique, introduite d'abord avec un mandrin jusqu'à l'obstacle, puis poussée seule, le mandrin restant en place, pénétra assez facilement jusqu'à 12 centimètres. Je sentis pourtant, pendant son introduction, qu'elle faisait plusieurs sursauts, comme cela arrive lorsqu'on franchit une série d'obstacles successifs. Je diagnostiquai : tumeurs fibreuses interstitielles, plus ou moins saillantes dans la cavité utérine, avec inclinaison de l'utérus à gauche, et je ne songeai pas, je dois l'avouer, à la possibilité d'une phlegmasie péri-utérine, pouvant siéger dans le ligament large du côté gauche; car si j'avais rencontré là un peu de douleur et de résistance sous le doigt, je n'y avais bien certainement pas trouvé de tumeur nettement appréciable au toucher.

Le 8 juillet, un nouveau cathétérisme fut pratiqué avec les mêmes précautions que ci-dessus, et il confirma les renseignements fournis par le précédent. Le lendemain 9, l'orifice du col se trouvant dilaté, le doigt introduit dans sa cavité, reconnaît la présence d'un petit polype assez mou, occupant la cavité cervicale et s'insérant vers la partie supérieure de cette cavité, au-dessous de l'isthme qui la fait communiquer avec la cavité du corps de l'utérus, dont l'exploration est gênée par la présence de cette petite tumeur.

Après cette exploration qui n'a causé aucune douleur et qui n'a été suivie d'aucun malaise, la malade est laissée au repos. Le 15, elle prend un grand bain tiède, et le 16 je constate, par le toucher seul, que le col est complètement refermé et que le petit polype contenu dans sa cavité n'est plus accessible. Les jours suivants se passent sans qu'il survienne aucun symptôme qui mérite d'être noté. La malade se lève une partie de la journée; elle mange, elle dort bien, elle ne se plaint d'aucun malaise.

Les choses sont dans cet état tout à fait satisfaisant lorsque, le 19 juillet, dix jours par conséquent après l'exploration de la cavité utérine, elle demande un bain qui lui est accordé. Elle s'est levée pour se rendre à la salle de bains et n'a rien éprouvé de spécial, jusqu'au moment où elle est sortie de sa baignoire. Alors elle a pris froid, dit-elle, et en tout cas elle a été saisie d'un

violent frisson avec claquement de dents, bientôt suivi d'un malaise général, puis de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements bilieux, enfin de tous les symptômes d'une péritonite aiguë, généralisée, qui, au bout de quatre jours, se termine par la mort (le 24 juillet).

Je ne sais s'il faut, comme l'a fait cette malheureuse femme, attribuer l'explosion de sa péritonite à l'influence du froid qu'elle a ressenti au sortir de son bain, ou s'il ne vaut pas mieux voir dans la sensation de froid, dans le frisson, qu'elle a éprouvé alors, le premier symptôme de cette péritonite qui éclatait si subitement. Quoi qu'il en soit, c'est bien manifestement à ce moment précis que l'inflammation péritonéale a débuté. Sa marche a été rapide, son explosion en quelque sorte foudroyante, et, quelle qu'en soit la cause, il est de toute évidence que cette cause a agi au moment même où ce frisson a éclaté, et non pas à une époque antérieure.

La véritable cause de cette péritonite était un abcès du ligament large gauche, que nous avons retrouvé à l'autopsie et qui est resté inaperçu pendant la vie, alors que certains indices (la douleur à la pression, l'inclinaison du corps de l'utérus, la résistance du cul-de-sac vaginal correspondant) auraient pu nous permettre, sinon de le diagnostiquer sans hésitation, au moins de soupçonner sa présence. C'est par suite de la communication du foyer de cet abcès avec la cavité séreuse de l'abdomen que s'est produite la péritonite qui a causé la mort. Et la succession des phénomènes démontre que cette extension de l'inflammation du phlegmon au péritoine s'est opérée spontanément, en quelque sorte par suite de la marche naturelle de la maladie et sans avoir été sollicitée par aucune cause extérieure.

Si j'insiste sur ce point, c'est parce que de fâcheuses coïncidences se peuvent rencontrer et se sont rencontrées parfois, dans des cas analogues, et que ces coïncidences sont toujours assez effrayantes pour frapper vivement l'esprit de ceux qui les observent et leur faire attribuer les terribles accidents auxquels ils assistent à des manœuvres fort inoffensives par elles-mêmes. Aran a eu raison de dire qu'il faut se garder avec soin

de toute opération ou de toute manœuvre intempestive sur l'utérus, lorsqu'il existe dans le voisinage un foyer inflammatoire, intéressant soit les ligaments larges, soit le tissu cellulaire péri-utérin, soit les ovaires ou les trompes. Mais il avait bien plus raison encore lorsqu'il ajoutait que les accidents dus à l'extension de l'inflammation jusqu'au péritoine et plus particulièrement ceux qui résultent de l'ouverture d'un foyer purulent dans cette cavité séreuse, peuvent se produire inopinément, même en l'absence de toute opération, de toute manœuvre quelconque, chez les femmes qui observent le repos ou ne font que les mouvements les plus modérés et les plus limités aux besoins indispensables de la vie. J'ai vu, il y a peu de semaines, une femme atteinte d'ovarite, avec inflammation suppurée des deux trompes, être prise ainsi, inopinément, dans mon service de la Pitié, d'une péritonite suraiguë qui l'a emportée en moins de quarante-huit heures (1).

Lorsqu'on sait que les choses se peuvent passer et se passent en réalité de cette façon, on se garde bien, comme cela a été fait il y a peu d'années dans un journal de médecine, d'attribuer ces accidents à la manœuvre la plus innocente qui aurait été pratiquée peu de temps avant leur apparition, à une simple application du spéculum par exemple, ou même à un toucher plus inoffensif encore.

Chez la femme dont il est question en ce moment, il n'y a même pas eu une de ces coïncidences, et la péritonite qui a causé la mort est survenue d'une façon toute fortuite, sans avoir aucunement été sollicitée ou provoquée par nos explorations antérieures. C'est pour bien établir ce point que j'ai précisé avec soin les dates dans le court résumé que je viens de donner de cette très-intéressante observation, et je n'ai pas besoin d'insister pour démontrer que notre dernier examen, pratiqué le 9 juillet, n'a été pour rien dans la manifestation des accidents qui sont apparus si subitement le 19, quand surtout les dix jours d'intervalle ont été marqués par un état de santé exempt

(1) Cette observation sera très-prochainement publiée avec tous ses détails par mon interne, M. Darolles.

de tout malaise. Etat qui, sur les notes recueillies par M. Ambroise Guichard, alors externe dans mon service, se trouve constaté, au milieu même de cette période, en termes que je reproduis textuellement.

« 16 *juillet*. Au toucher, col refermé. — M. Gallard attendra « l'époque menstruelle pour profiter de la dilatation naturelle « qui, si elle n'est pas suffisante, pourra être remplacée par la « dilatation artificielle; dans tous les cas, l'expectation n'a chez « cette malade aucun inconvénient et plus d'un avantage. »

On croirait presque à une sorte de pressentiment de ce qui est arrivé quelques jours plus tard.

Mais je m'aperçois que j'ai donné de bien longs développements à une question incidente, dont l'intérêt m'a entraîné, et qui, du reste, n'est pas complètement étrangère à mon sujet, puisqu'il s'agit de connaître la véritable signification des accidents qui peuvent se produire pendant le traitement de la métrite chronique, et de bien dégager ceux qui peuvent dépendre de ce traitement, de ceux qui, comme dans le cas actuel, peuvent survenir fortuitement, sans être, en aucune façon, attribuables à l'intervention médicale.

Cela dit, je reviens à mon point de départ en terminant la relation de ce fait par la description des lésions anatomiques existant du côté de l'utérus. Je ne cite que pour mémoire deux petites tumeurs fibreuses interstitielles du volume d'une petite cerise, situées dans l'épaisseur de la paroi latérale gauche du corps de l'utérus (fig. 15.)—Dans l'intérieur de la cavité du col, il y avait un petit polype fibreux, bien pédiculé et qui s'insérait au niveau de l'isthme, sur la face postérieure. C'est ce petit polype que j'avais vu et senti dans mon exploration du 9 juillet; c'est sa présence qui m'avait gêné pour l'exploration avec la sonde métallique, et c'est en le contournant que la sonde flexible a pu pénétrer jusque dans l'intérieur de la cavité utérine.— Ce petit polype eût été très-facile à enlever, soit par la ligature, soit par l'excision.—Mais, après son ablation, la malade n'aurait pas été guérie et les hémorrhagies auraient continué, car la cavité du corps de l'utérus était le siége de lésions caractéristiques de la métrite interne.—Rougeur avec épaississement de la muqueuse,

criblée de petits orifices béants et parsemée de taches ecchymotiques; puis végétations qui, au nombre de trois, s'inséraient au fond de l'utérus et près des orifices des trompes. Une de ces végétations avait à peine le volume d'un grain d'orge; les deux autres atteignaient ou dépassaient un peu les dimensions d'un haricot, dont elles avaient à peu près la forme; l'une avait un véritable pédicule, l'autre, plus sessile, s'insérait cependant aussi

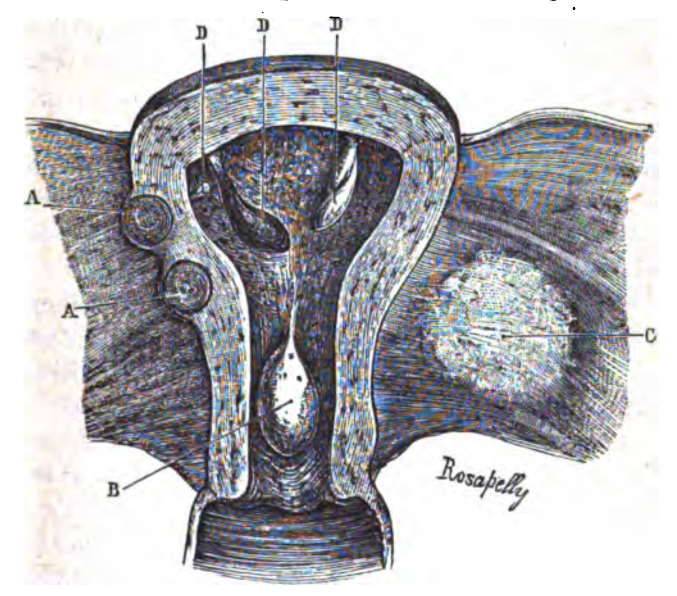


Fig. 15. — Polypes muqueux de la cavité utérine avec corps fibreux (1).

par une de ses extrémités (fig. 15.) Ces tumeurs m'ont paru avoir a même constitution anatomique que celle du cas précédent, mais elles n'ont pas été examinées au microscope.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, dans ce cas, comme du reste dans l'autre, comme dans ceux représentés aux figures 2 et 3, la guérison n'aurait pu être obtenue que par la disparition complète de ces tumeurs, et que le moyen le plus simple de les faire disparaître aurait été de râcler leur surface d'implanta-

(1) A Petits fibromes interstitiels. — B Polype fibreux inséré dans le col — C Abcès du ligament large. — D D D Fongosités intra-utérines.



tion, avec l'extrémité de la curette guidée sur le doigt introduit lui-même dans la cavité utérine, après dilatation préalable de ses orifices.

En résumé, le traitement de la métrite chronique est variable suivant la période et la gravité de la maladie, suivant surtout la nature des altérations anatomiques dont la muqueuse enflammée est le siége.

I. Tant qu'il n'existe que de la rougeur, de la congestion, de l'hyper-vascularisation, le traitement antiphlogistique suffit, et comme il y a toujours une grande faiblesse produite par les métrorrhagies, il faut être très-sobre d'émissions sanguines.— Le repos et l'application de l'eau froide, principalement en bains de siége, à courant continu, avec irrigations vaginales prolongées, sont les meilleurs moyens de traitement.—Il faut y ajouter l'emploi de la digitale.

II. Si la muqueuse est épaissie et ulcérée, si elle commence à se couvrir de végétations et de fongosités, il faut, de toute nécessité, modifier sa vitalité par la cautérisation; et, comme les caustiques liquides seuls peuvent étendre leur action sur toute la surface de cette muqueuse, dont les altérations siégent le plus souvent au niveau des angles les plus reculés, à l'ouverture des orifices des trompes, il est indispensable de porter ces caustiques jusque dans la cavité utérine, soit au moyen d'un pinceau, soit, mieux encore, au moyen d'une injection, pratiquée avec toutes les précautions indiquées dans le cours de ce travail.

III. S'il y a des végétations pédiculées ou sessibles, dans l'intérieur de la cavité utérine, il faut d'abord, pour s'assurer de leur présence, dilater les orifices utérins au moyen de tentes d'éponge préparée ou de laminaria digitata, puis, explorer par le toucher, cette cavité ainsi rendue accessible, et enfin extraire les végétations polyformes ou autres que l'on rencontre alors.

La manœuvre de pinces, de ciseaux ou de tout autre instrument étant à peu près impossible dans ces conditions, il faut alors avoir recours à la curette de Récamier, qui, malgré ses nombreux inconvénients et ses dangers, peut, si elle est maniée avec précaution, être véritablement utile dans les cas relativement rares que j'ai eu soin de déterminer.

CORRESPONDANCE.

A M. le Dr Leblond, Secrétaire des *Annales*.

Mon cher ami,

Un honorable tocologue belge, encore inconnu à Paris il y a quelques mois, nous révéla dernièrement son existence par une attaque très-injuste et fort venimeuse contre l'un de nos plus distingués et de nos plus estimés collègues, M. Tarnier.

Je suis pourtant parvenu à découvrir que ce tocologue, peu confraternel, est l'auteur d'un Traité d'accouchements « *enrichi* de descriptions..... » (*sic*).

Aujourd'hui, l'agresseur de M. Tarnier publie les lignes suivantes à propos du procédé d'embryotomie à la ficelle.

« *Pour des motifs qu'il est superflu de rappeler ici, et que tout praticien sait apprécier, j'ai choisi ce dernier mode de délivrance à exécuter d'après la méthode de Heyerdal comme étant la plus simple et la plus expéditive et celle qui m'a si bien réussi plusieurs fois déjà. Vous remarquerez, messieurs, que je dis la méthode de Heyerdal et non pas celle de M. Pajot, comme on l'a écrit généralement et comme moi-même, ignorant alors qu'il en était autrement, je l'écrivais en* 1866. *C'est que je veux rétablir*, SANS AUCUNE IDÉE D'AILLEURS D'UNE INSINUATION QUELCONQUE, *un droit de priorité en faveur du chirurgien de Bergen (Norvége), qui fit connaître le procédé de décollation à la ficelle dès* 1856, *tandis que l'habile accoucheur de Paris, auquel revient incontestablement l'honneur de l'avoir vulgarisé, ne l'a imaginé qu'en* 1863. »

Mon savant et honorable ami M. Tarnier a été doué par le ciel (comme on dit dans les facultés pontificales) d'une douceur de réplique que je lui ai toujours enviée, sans espérance de l'avoir jamais en partage.

Notre confrère belge ne sera donc point surpris si ma réponse manque d'émollients et d'anodins. D'accord en accouchements, M. Tarnier et moi, nous différons d'avis en thérapeutique. Je ne traite point le venin par les cataplasmes.

Ainsi, je dis d'abord, pour parler comme l'auteur du Traité « *enrichi*, » que le tocologue belge a perdu là une jolie occasion

de s'épargner, à la fois, une erreur et une b.....elle naïveté. J'espère le lui démontrer tout de suite.

Dans les premiers temps de mon agrégation (vers 1853-54) il m'arriva de me couper gravement la main en tirant brusquement sur un fil de soie. Frappé de la puissance de section d'un simple fil, je fis quelques essais sur des portions de cadavre. Ces tentatives ne réussirent point. Les fils cassaient. Reprenant cette étude d'une autre façon, j'expérimentai successivement tous les genres de liens connus, chanvre, lin, coton, soie, fils métalliques simples, en fer, en cuivre, en laiton, tordus ensemble, cordes à boyaux, cordes métalliques, etc., et enfin, je donnai la préférence au *fouet* comme le plus puissant avec une résistance suffisante, et le plus vulgaire.

Devant des auditoires tels que notre aimable confrère belge n'en eut jamais..... que dans ses rêves, plusieurs milliers d'élèves m'avaient vu démontrer le procédé avant sa publication. Tous les hommes faisant de l'enseignement depuis longtemps savent combien d'idées personnelles sont ainsi, chaque jour, semées au milieu de ces auditeurs de toutes les nations. Ils les emportent et souvent les dénaturent, parfois aussi, ils les fécondent.

Un médecin Norvégien et un Prussien ont, depuis, revendiqué la priorité de ce procédé. Qu'ils l'aient imaginé de leur côté, cela est fort possible. Je l'ai bien trouvé du mien. Seulement que chacun dise, comme moi, comment il lui est venu. Il faut toujours un hasard pour ces trouvailles.

Mais quant à la priorité *réelle* de l'idée, je suis heureux de saisir cette occasion pour mériter, une fois encore, la gratitude de l'habile tocologue Bruxellois.

Je lui ai déjà appris le procédé, il en convient, puisqu'il me l'a attribué.

Je lui ai appris, de plus, quel était le meilleur des liens.

Je lui ai appris, par surcroît, différentes manières de l'appliquer.

Je veux le combler aujourd'hui en lui faisant connaître le véritable auteur de la méthode.

Si notre confrère belge était au courant, autant qu'il l'est peu,

de ce qu'on enseigne à Paris, il saurait que, depuis près de dix ans, à chaque démonstration du procédé, je l'attribue à son véritable inventeur, et cet inventeur n'est ni un Norvégien, comme le croit l'auteur du traité « *enrichi*, » ni un Allemand, qui a pu le découvrir de bonne foi, quoique Prussien, ni moi, qui l'ai trouvé sans connaître le travail de mon prédécesseur.

En faisant quelques recherches sur un autre sujet, il y a une dizaine d'années, je fus très-surpris de trouver l'idée de *la section rapide des tissus avec un fil, développée et appliquée par* PHILIPPE BOYER.

Non-seulement mon compatriote a décrit la méthode très-longtemps avant nous tous, mais il lui a donné un nom et un nom excellent.

Il l'a appelé « SERSCISSION » (*sericus*, *scindo*, pour le traité « *enrichi* »).

Je désigne ainsi depuis, à la Faculté, l'embryotomie à la ficelle, en la rapportant, bien entendu, à Ph. Boyer, son seul père légitime, jusqu'à preuve contraire.

Maintenant, sans connaître le véritable auteur, ai-je, en appliquant la SERSCISSION à l'obstétrique, étudié ce mode opératoire plus complètement que personne?

Mes recherches ont-elles contribué à répandre et à vulgariser ce genre de section?

Mon gracieux confrère de Bruxelles, contraint d'avouer qu'il a appris ce procédé par moi, consent à me l'accorder. Ma reconnaissance ne finira qu'avec ma vie.

Voilà l'erreur démontrée. Passons à la... naïveté.

Notre habile confrère insinue qu'il ne veut faire aucune insinuation.

Eh bien, s'il avait envie d'insinuer, il a vraiment eu tort de se gêner avec son serviteur.

Aussi dirai-je à notre excellent confrère de Belgique : insinuez, monsieur, insinuez donc si cela peut vous être agréable. Et en quoi, je vous prie, pourriez-vous m'atteindre?

Après votre attaque à M. Tarnier, il vous est permis de dépasser l'insinuation. Vous pouvez aller jusqu'à la médisance. Qui voudrait s'en émouvoir?

Le professeur Pajot est connu depuis trop longtemps à Paris par les élèves et les médecins.

Vous n'arriveriez jamais à faire passer l'ancien collaborateur de P. Dubois pour un homme disposé à s'affubler de plumes de paon. On vous rirait au nez.

C'est à peine, savez-vous, si vous parviendriez à persuader que le professeur de Paris fait le geai, même dans le pays où le tocologue de Bruxelles fait loi. Savez-vous.

Donc, insinuer « que vous ne ferez pas d'insinuations » est une grosse naïveté. Ce qu'il fallait démontrer.

Votre erreur, dirai-je en terminant à mon bienveillant confrère, m'aura cependant donné un grand dédommagement.

Si Ph. Boyer m'a devancé dans l'emploi de la SERSCISSION, je recueillerai, du moins, la gloire d'avoir fait une découverte dont la priorité, cette fois, ne saurait m'être contestée par personne.

J'ai découvert votre Traité d'accouchements « *enrichi* ». Une perle.

Agréez, etc.

Professeur PAJOT.

REVUE DE LA PRESSE

RÈGLES SPÉCIALES POUR LA DIRECTION DES JEUNES ENFANT PENDANT LA SAISON CHAUDE.

A une séance de la Société d'obstétrique de Philadelphie, tenue le 5 février 1874, une commission (1) fut chargée de rechercher les causes de la mortalité des enfants pendant l'été et les moyens de la prévenir. Les règles suivantes indiquées par la Commission furent examinées et adoptées dans la séance du 5 mars 1874, par la Société qui en ordonna la publication :

Règle I. — Baignez l'enfant une fois par jour dans de l'eau

---

(1) La Commission se composait de MM. Dr. William Goodel, président — Dr J. Forsyth Meigs; — Dr John L. Ludlow; — Dr Albert H. Smith; — Dr John S. Parry; — Dr William F. Jenks.

tiède. S'il est faible, lavez lui tout le corps à l'aide d'une éponge imbibée d'eau tiède ou de l'eau tiède et du vinaigre. La santé de l'enfant dépend par dessus tout de sa propreté.

Règle II. — Evitez d'employer toute espèce de bandage serré. Faites que l'habillement soit léger et frais, et assez vaste pour que l'enfant puisse remuer librement ses membres. Le soir déshabillez-le, lavez-le avec une éponge et placez-le dans une grande-robe. Au matin, enlevez la robe, baignez l'enfant et habillez-le avec des vêtements propres.

Si l'on ne peut ainsi changer les vêtements, exposez soigneusement le vêtement du jour à l'air de la nuit en le suspendant à une corde. Employez des couches propres et changez-les souvent. N'en conservez jamais une de sale dans la chambre des enfants ou dans tout endroit où l'enfant séjourne, et n'employez jamais une seconde fois une couche si elle n'a été préalablement lavée.

Règle III. — L'enfant doit s'endormir de lui-même dans une corbeille ou dans un berceau. Il doit être mis au lit à des heures régulières et on doit lui apprendre de bonne heure à dormir sans être bercé dans les bras. Ne donnez jamais sans avoir préalablement consulté un médecin, *de spiritueux, de cordiaux, de carminatifs, de sirops calmants, ou de gouttes soporitives, des milliers d'enfants meurent chaque année par suite de l'usage de ces poisons*. Si l'enfant s'agite ou ne dort pas, c'est parce qu'il a faim ou qu'il est malade. S'il est malade appelez un médecin. Ne cherchez jamais à l'apaiser avec des sucreries ou des gâteaux, qui sont la cause ordinaire de la diarrhée et des autres malaises.

Règle IV. — Donnez à l'enfant le plus d'air frais que vous pouvez. Pendant la fraîcheur du matin ou du soir, faites-le promener dans les endroits ombragés des voies larges, des squares publics ou des parcs. Faites de fréquentes excursions sur le bord des rivières. S'il vous paraît souffrir de la chaleur, laissez-le boire un peu d'eau fraîche. Ne le faites pas séjourner dans la chambre où on lave ou dans celle où l'on fait la cuisine, l'excessive chaleur fait périr les jeunes enfants.

Règle V. — Ayez soin de tenir votre demeure propre et sans

mauvaise odeur, et en même temps fraîche et bien aérée. Si la saison est très-chaude, laissez les fenêtres ouvertes jour et nuit. Faites votre cuisine dans la cour, sous un hangar, dans une mansarde ou dans une pièce située à un étage supérieur. Blanchissez les murs à chaque printemps et veillez à ce que la cave ne contienne pas d'ordures. Evitez la présence des eaux croupies qui empoisonnent l'air. Corrigez toutes les mauvaises odeurs en répandant de l'acide phénique ou de la chaux vive dans les éviers et les latrines. Faites tous vos efforts pour tenir les ruisseaux de la rue et de votre cour parfaitement propres et priez vos voisins d'en faire autant.

Règle VI. — *Le lait maternel est la seule nourriture qui convienne à l'enfant nouveau-né.* Si la quantité de lait est suffisante et si l'enfant se développe bien, il n'y a pas d'autre nourriture à donner, tant que dure la saison chaude. Si la mère n'a pas assez de lait, elle ne doit pas sevrer son enfant, mais suppléer au lait du sein en donnant du lait de chèvre ou de vache, préparé comme il sera indiqué *règle* 8. Faites téter l'enfant une fois toutes les deux ou trois heures, et le plus rarement possible pendant la nuit. Enlevez l'enfant du sein dès qu'il commence à s'endormir. La femme doit éviter de donner le sein lorsqu'elle est très-fatiguée ou très-échauffée.

Règle VII. — Si, malheureusement, l'enfant doit être élevé sans le sein, il doit recevoir une nourriture exclusivement composée de lait. On doit donner le lait légèrement chaud, au moyen d'un biberon, comme il est indiqué à la *règle* 8. Le lait de chèvre est le meilleur et ensuite vient le lait de vache. Si l'enfant s'élève bien de cette manière, *il n'y a pas d'autre aliment à lui donner tant que dure le temps chaud.* A toutes les autres saisons de l'année, mais spécialement en été, il n'y a pas d'autre nourriture convenable, tant que l'enfant n'a pas fait ses deuts incisives. *Le sagou, l'arrow-root, les pommes de terre, la farine de blé, le pain, tous les produits vantés et toutes les substances contenant des fécules, ne peuvent et ne doivent être employés comme aliments chez les enfants du premier âge.* L'enfant qui commence à ramper ou à marcher ne doit pas ramasser d'aliments malsains.

Règle VIII. — Chaque biberon doit être sucré avec un petit

morceau de sucre ou avec une demi-cuillerée à café de sucre broyé. Si l'on reconnaît que le lait est pur on peut y ajouter un quart d'eau chaude; mais, s'il n'est pas pur, il ne faut pas y ajouter d'eau. Lorsque le temps est très-chaud, le lait peut être donné presque tout à fait froid. Assurez-vous que le lait n'est pas écrèmé; tâchez de vous le procurer aussi frais que possible et qu'il vous soit apporté de bonne heure le matin. Avant de vous servir du vase dans lequel vous allez verser le lait, ayez toujours soin de l'échauder avec de l'eau de savon bouillante. Dans la saison très-chaude faites bouillir le lait aussitôt qu'il vous arrive, puis déposez le vase qui le contient dans l'endroit le plus frais de la maison, sur de la glace si cela se peut, ou dans un vase contenant de l'eau. Le lait placé sans soin dans une chambre chaude se gâte rapidement et devient impropre à l'alimentation.

Règle IX. — Si le lait ne convient pas à l'enfant, une cuillerée à bouche d'eau de chaux doit être ajoutée à chaque biberon. Lorsqu'on ne peut obtenir de lait pur, essayez le lait condensé (condensed milk) qui souvent convient admirablement. Ce lait est vendu par les principaux pharmaciens. Il se prépare en ajoutant à six cuillerées à bouche d'eau bouillante et non sucrée, une cuillerée à bouche de ce lait ou plus, suivant l'âge de l'enfant. Si cette préparation ne convient pas, une cuillerée à café d'arrow-root, de sagou ou de farine, peuvent être essayés mélangés à une pinte (1) de lait. Si le lait, sous quelque forme que ce soit, ne peut être digéré, essayez, pendant peu de jours, la crème pure délayée, avec trois quarts ou quatre cinquièmes d'eau. Mais il faut revenir au lait aussitôt que possible.

Règle X. — Le biberon doit être tenu parfaitement propre; sans quoi le lait devient sûr et l'enfant tombe malade. Après chaque tétée il doit être vidé, puis rincé à l'eau et mis de côté. Le tube, le bouchon, la tétine et la bouteille doivent être placés dans de l'eau propre ou dans de l'eau dans laquelle on a ajouté un peu de bicarbonate de soude. Il est bon d'avoir deux biberons et de s'en servir alternativement.

---

(1) La pinte équivaut à peu près à un demi-litre.

Règle XI. — Ne sevrez jamais un enfant peu de temps avant ou pendant la saison chaude; ni, en règle générale, avant qu'il ait passé le second été. Si le nourrisson ne se trouve pas bien du lait maternel, il ne faut pas le sevrer pour cela, mais le nourrir en partie au biberon de la façon qui a été indiquée précédemment. Quelque petite que soit la quantité de lait maternel, on doit cependant la conserver soigneusement pour le cas où l'enfant deviendrait malade, pourvu toutefois qu'il convienne à l'enfant. De cette façon, on sauve souvent la vie d'un enfant, lorsque tous les autres moyens employés ont échoué. Lorsque l'enfant a plus de six mois, la mère peut épargner ses forces en lui faisant faire un ou deux repas par jour de pain rassis et de lait que l'on passera à travers un tamis et que l'on introduira dans un biberon. De huit mois à un an on peut faire prendre une fois par jour le jaune d'un œuf frais et peu cuit, ou un bouillon de bœuf ou de mouton dans lequel on a émietté un peu de pain rassis. Lorsqu'il est plus âgé on peut donner un peu de viande finement hachée; mais, même alors, le lait doit encore être la principale nourriture. En tout cas, il faut éviter de donner les aliments que mangent les grandes personnes.

RÈGLES SPÉCIALES POUR LES CAS DE MALADIE IMPRÉVUE.

Règle I. — Si l'enfant est pris soudainement de vomissements, de diarrhée et de prostration, faites venir immédiatement un médecin. En attendant placez l'enfant pendant quelques minutes dans un bain chaud, puis séchez-le avec soin dans une serviette chaude et enroulez-le dans des langes chauds. Si les mains et les pieds sont froids, entourez-les de bouteilles remplies d'eau chaude et enveloppées de flanelle.

Règle II. — Un cataplasme de farine de maïs ou de farine de lin auquel vous ajoutez un quart de farine de moutarde, ou des flanelles légèrement imbibées de vinaigre chaud et d'eau, seront placés sur le ventre.

Règle III. — Cinq gouttes d'eau-de-vie dans une cuillerée à café d'eau peuvent être administrés toutes les cinq ou dix

minutes; mais si les vomissements persistent donnez cette eau-de-vie dans une égale quantité de lait ou d'eau de chaux.

Règle IV. — Si la diarrhée s'est déclarée, ou si elle est causée par une alimentation qui n'est pas convenable, une cuillerée à café d'huile de ricin ou de sirop de rhubarbe devra être administrée.

Regle V. — Si l'enfant a été nourri en partie au sein, en partie avec une autre nourriture, on doit se contenter alors du lait maternel. Si l'enfant a été sevré, on devra lui donner du lait pur, mélangé avec de l'eau de chaux ou du bouillon de bœuf léger ou de poulet.

Règle VI. — On doit donner à boire, assez copieusement, de l'eau froide.

Règle VII. — Les serviettes salies ou les garde-robes doivent être éloignées aussitôt de la chambre, mais conservées pour que le médecin puisse les examiner lors de sa visite.

(Traduit de l'Anglais par le Dr A. Leblond.)

REVUE CLINIQUE

VICE DE CONFORMATION DU BASSIN. — SAIGNÉES GÉNÉRALES ET RÉGIME DÉBILITANT, PUIS ACCOUCHEMENT PRÉMATURE ARTIFICIEL. — NAISSANCE D'UN ENFANT VIVANT.

Par M. le Dr **Pilat** (de Lille).

La femme X..., âgée de 38 ans, d'une constitution assez délicate, mariée à un homme d'une force plus qu'ordinaire, a été dans son enfance atteinte de rachitisme ; les fémurs font une saillie en avant, les tibias sont presque droits, mais la région lombaire présente un enfoncement assez marqué, la colonne vertébrale faisant avec le sacrum un angle moins ouvert en arrière que dans la conformation normale. Il existe une saillie prononcée de l'angle sacro-vertébral à l'intérieur du bassin.

Les règles, qui se sont établies tardivement, ont toujours été normales et d'une durée de trois à quatre jours.

Il y a trois ans et six mois, Mme X... devint enceinte pour la première fois. Sa grossesse n'offrit rien de particulier et parvint à son terme régulier. L'accouchement fut long et laborieux, et malgré toute l'habileté du médecin à qui il fut confié, il ne put extraire, par le

forceps, qu'un enfant mort et mutilé, pesant 4 kilogr. environ. Les suites de couches ne furent pas normales, et la malade ne se rétablit qu'au bout de six semaines.

Cette femme redevint enceinte vers le 10 juillet de l'année suivante (1872); sa grossesse fut normale et régulière comme la première. Je fus appelé pour l'aider dans son deuxième accouchement, vers le 10 mars de l'année suivante. L'examen auquel je me suis livré me fit reconnaître que la grossesse était arrivée au neuvième mois, sans pouvoir préciser, cependant, si le travail était prochain. Au toucher, je constatai que le diamètre sacro-sous-pubien ne mesurait que 8 centimètres ; l'angle sacro-vertébral était dévié à droite; le fœtus se présentait par le sommet en occipito-iliaque gauche, il était vivant et me parut assez volumineux.

Le résultat de cet examen, rapproché de ce qui s'était passé dans le premier accouchement, me fit craindre que celui-ci ne serait pas plus heureux et que j'aurais à surmonter des difficultés encore plus grandes; je crus donc que ce cas rentrait dans l'indication de l'accouchement prématuré artificiel, et j'en fis la proposition à Mme X..., qui la rejeta, prétendant être arrivée au terme de sa grossesse. Il n'en était rien, cependant; j'attendis. Dans les premiers jours d'avril, des douleurs lombaires se manifestèrent, surtout la nuit, et forcèrent Mme X... à se lever et à se promener dans sa chambre, le décubitus dorsal prolongé devenant impossible ; mais le travail ne se déclara véritablement que le 7. Il marcha d'abord lentement ; mais, le 8, les douleurs étant devenues plus vives et plus efficaces, le col se dilata, et les membranes se rompirent, vers huit heures du soir. La tête de l'enfant, qui, la veille et le matin même, avait été trouvée au-dessus du détroit supérieur, poussée en avant au-dessus du pubis, ne s'engageait que faiblement dans l'excavation pelvienne, malgré les contractions énergiques de l'utérus. Je me décidai, vers dix heures, à appliquer le forceps, ne voulant pas avoir recours à la version, dans la crainte de rencontrer des difficultés inouïes dans l'extraction de la tête.

La tête étant située transversalement, je la saisis dans son diamètre occipito-frontal; mais des tractions énergiques, continuées pendant une demi-heure à peu près, avec des intervalles de repos, ne parvinrent pas à lui faire franchir l'endroit rétréci. L'enfant était vivant, je ne pus me décider à pratiquer la crâniotomie avant d'avoir fait de nouvelles tentatives. Je fis donc demander un confrère pour m'aider dans une nouvelle application de forceps.

Après avoir laissé reposer la femme pendant quelques heures, j'introduisis les branches de l'instrument sans plus de difficultés que la première fois, et nous tirâmes dans la direction de l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire fortement en arrière, afin de faire tourner, en

quelque sorte, la tête autour du promontoir et lui faire suivre la courbe indiquée par R. Barnes dans son ouvrage sur les opérations obstétricales.

Nos premiers efforts furent vains ; mais bientôt un craquement se fit entendre à l'intérieur, et la tête fut entraînée dans la cavité du bassin et amenée facilement à la vulve. Afin de ménager le périnée, j'enlevai les branches du forceps et abandonnai la terminaison de l'accouchement aux efforts de la nature. Le fœtus fut expulsé rapidement. Après sa sortie, il eut un mouvement convulsif, mais ne put être rappelé à la vie; le pariétal gauche qui, dans le travail, se trouvait en rapport avec l'angle sacro-vertébral, présentait un enfoncement notable.

Le poids de l'enfant était assez considérable, 4 kilog. environ, et sa tête volumineuse.

Les suites de couches furent compliquées d'accidents de métro-péritonite dès le deuxième jour, et la femme resta dans un état presque désespéré pendant un septénaire, au bout duquel du pus contenu dans le bassin se fit jour par la vulve. Dès ce moment, une amélioration sensible se manifesta, mais la malade ne fut complètement rétablie qu'au bout de deux mois. En présence de pareils accidents, j'eus le regret de n'avoir pas assez insisté sur la nécessité de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel au commencement du neuvième mois. L'occasion se présenta bientôt de mettre mon projet à exécution.

En effet, dans le courant de mai 1874, une nouvelle grossesse survint. Les règles avaient paru pour la dernière fois vers le 14 et n'étaient point revenues à l'époque correspondante du mois de juin ; bientôt se déclarèrent les phénomènes qui accompagnent le début d'une grossesse : nausées, vomissements, goûts bizarres, etc. ; il n'y avait plus de doute dans l'esprit de Mme X... qu'elle était enceinte.

Convaincu, par l'expérience, que Mme X.. ne mettrait pas au monde un enfant vivant si on laissait marcher la grossesse jusqu'à terme sans prendre de mesures pour rendre l'accouchement moins difficile, et me souvenant des bons résultats obtenus par M. Depaul au moyen de saignées répétées et d'un régime débilitant, je me décidai à agir chez elle d'après les indications formulées par cet éminent accoucheur, sauf à recourir à l'accouchement prématuré si un examen ultérieur de Mme X... en démontrait la nécessité.

Je laissai donc marcher la grossesse jusqu'à 5 mois, car, comme e dit M. Depaul, dans la première moitié de la grossesse, l'enfant prend peu de développement, et ce n'est qu'à partir de cette époque qu'il augmente rapidement en poids et en volume.

Je pratiquai d'abord une saignée de 300 grammes et je conseillai à la dame X... de diminuer d'un tiers la quantité ordinaire de ses ali-

ments. A sept mois, la saignée fut renouvelée, 400 grammes de sang furent retirés de la veine, et la ration fut réduite encore d'un quart, et cela jusqu'à l'époque de l'accouchement.

A huit mois et demi, je pratiquai le toucher; le col de l'utérus permettait l'introduction de l'extrémité de l'index et je reconnus que la tête du fœtus avait, malgré le traitement institué, acquis un certain volume; elle était en position occipito-iliaque droite antérieure, le corps était également assez développé, l'eau de l'amnios était peu abondante.

Cet examen terminé, je pensai qu'il était nécessaire, pour m'assurer le bénéfice obtenu par le traitement institué d'abord, d'avancer l'accouchement de 15 à 20 jours et de prendre une décision immédiate. Je fis donc comprendre à Mme X... et à son mari qu'il était nécessaire de provoquer le travail avant le terme normal, afin d'obtenir un enfant vivant et d'éviter les difficultés qui avaient signalé les deux premiers accouchements. Elle finit par y consentir et j'eus recours, comme je l'avais fait précédemment avec succès, au procédé de Kiwisch.

Les irrigations furent commencées le 2 février; elles eurent lieu matin et soir, avec de l'eau à 25° centig. Après la deuxième irrigation, le col commença à se dilater, on put sentir la poche des eaux distendue à travers l'orifice interne du col. Dans la nuit, des douleurs lombaires semblables à celles qui avaient précédé le deuxième accouchement se firent sentir et privèrent la malade de sommeil.

Le 3, les irrigations furent continuées et amenèrent une dilatation du col de 4 centimètres environ.

Enfin, le 4, le travail réel commença, mais les douleurs ne furent pas assez vives et assez efficaces pour engager la tête dans la cavité du bassin; je n'osai pas rompre la poche des eaux, malgré la dilatation avancée du col, dans la crainte de faire écouler le liquide sans profit pour l'établissement d'un travail plus actif.

Le 5, néanmoins, dès le matin, les douleurs s'accentuent et se rapprochent, la tête tend à s'engager dans le détroit supérieur, et le col complète sa dilatation. Vers sept heures, sous l'influence de contractions plus énergiques et plus rapprochées, la poche des eaux se rompt et laisse écouler une quantité peu considérable de liquide amniotique.

A huit heures, je pratique le toucher et je trouve la tête dans la même situation que le matin, c'est-à-dire arrêtée au détroit supérieur, vers le diamètre bipariétal par l'angle sacro-vertébral. L'enfant est parfaitement vivant, mais les battements du cœur, quoique encore assez forts, commencent à se ralentir. J'applique le forceps directement et saisis la tête diagonalement, une cuiller appliquée sur la bosse frontale droite, l'autre sur la partie gauche de la suture

lambdoïde ; quelques tractions suffirent pour faire descendre la tête dans l'excavation du bassin, puis, par un mouvement de rotation imprimé aux branches de l'instrument, j'amenai l'occiput au-dessous de l'arcade du pubis. L'expulsion fut abandonnée à la nature; elle eut lieu après quelques douleurs.

L'enfant, parfaitement vivant, pesait 2 kil. 700 gr., c'est-à-dire 1,300 gr. moins que le second enfant. Les suites de couches ont été parfaitement naturelles, et aujourd'hui, 1er mars, la femme est complètement rétablie.

Les dimensions du diamètre de la tête du fœtus étaient les suivantes :

Occipito-frontal, 11 cent. 5.

Occipito-mentonnier, 13 cent.

Bitemporal, 7 cent. 8.

Bipariétal, 9 cent. 2.

Ces diamètres, qui approchent de la moyenne de l'état normal, étaient réductibles d'un centimètre environ par suite du chevauchement facile des os les uns sur les autres.

Ce résultat heureux doit-il être uniquement rapporté à l'influence que les saignées et le régime débilitant ont exercée sur le développement du fœtus pendant la vie intra-utérine? je pense que la pratique de l'accouchement prématuré peut en revendiquer sa part, car si j'avais laissé marcher la grossesse jusqu'à son terme naturel (26 février environ), il est probable que j'aurais rencontré, de nouveau, des difficultés pour extraire le fœtus; néanmoins il faut reconnaître avec M. Depaul, que, dans les rétrécissements approchant 8 centimètres, et qui nécessitent souvent l'accouchement prématuré artificiel à 7 mois et demi ou 8 mois ; l'emploi des saignées et d'un régime approprié, poussé plus ou moins loin, permet de reculer l'époque de l'accouchement et laisse aux organes du fœtus un peu plus de temps pour acquérir le développement nécessaire à l'accomplissement des fonctions qui leur sont dévolues après la naissance. Dans l'espèce j'avais pu reconnaître, par un examen pratiqué vers la fin de janvier, que le fœtus présentait encore un volume assez considérable, ce qui m'a engagé, pour atteindre plus sûrement le but que je me proposais d'associer l'accouchement à 8 mois et demi à la méthode précédemment employée, et cela avec d'autant plus de raison que le volume de l'enfant

avait été la principale cause des difficultés de son extraction dans les accouchements précédents. C'est au praticien à juger, d'après son expérience, de la nécessité de l'association des divers moyens à mettre en usage, car il est difficile de formuler d'une manière générale la règle de conduite à suivre en pareille circonstance.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) donne lecture d'un travail intitulé : **Fistule vésico-vaginale avec grande perte de substance ; opération par la mobilisation de la paroi postérieure du vagin.**

Il s'agit d'une dame anglaise qui, à son troisième accouchement, eut un enfant hydrocéphale, et à la suite de cette cause de dystocie eut une mortification de la presque totalité de la cloison vésico-vaginale.

Le procédé employé par le chirurgien, rendu plus compréhensible par une planche, consiste dans la formation d'un lambeau obturateur, espèce de pont membraneux recevant la nutrition par les parties latérales restées adhérentes, emprunté à la paroi postérieure du vagin, lequel, après ascension, est suturé aux lèvres de la fistule préalablement avivées.

Il s'ensuit de là la création d'un vagin artificiel composé : en haut d'un anneau de muqueuse, en bas d'un autre anneau, et au milieu, dans un cylindre de 5 centimètres, par des surfaces cruentées.

Un pessaire spécial, analogue à ceux de Gariel, est destiné à prévenir la rétraction inodulaire et l'atrésie qui en serait, sans cette précaution, la conséquence.

Le succès ne fut pas immédiat ; la suture antérieure ne réussit qu'incomplètement ; une fistule secondaire fut opérée par le procédé ordinaire.

La guérison, entravée par de la rétention succédant à l'incontinence, fut complète au bout de dix mois.

Les rapports sexuels sont possibles. Mais, ne se laissant pas illusionner par les cas curieux cités par le docteur Puech, le docteur Cazin a conseillé à son opérée de renoncer au bonheur d'être de nouveau mère, lui faisant comprendre l'obstacle que l'expulsion du fœtus rencontrerait presque fatalement. *Séance du 15 avril 1876.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Kyste de la glande vulvo-vaginale guéri par les injections de chlorure de zinc, par le Dr Lizé (du Mans). — Le 3 novembre 1875, M. T. Anger lisait à la Société de chirurgie une note sur le traitement des kystes à contenu filant et muqueux. Ses moyens curatifs consistaient en injections de chrorure de zinc en solution concentrée dans ces kystes, et il obtint quatre guérisons pour deux grenouillettes et deux hygromas. D'un autre côté, M. Panas guérit, à l'hôpital Lariboisière, un kyste séro-muqueux du cou avec une solution *moins concentrée* de chlorure de zinc, ce qui lui permit d'éviter une inflammation trop violente dans la paroi du kyste et même autour du kyste, comme cela était arrivé chez les malades de M. Anger.

Aujourd'hui, je me permets d'adresser à la Société de chirurgie un nouveau cas de guérison par les injections de chlorure de zinc en *solution médiocrement concentrée*. Il s'agit d'un *kyste de la glande vulvo-vaginale* dont voici l'histoire :

Obs. — La femme S..., ouvrière en chapellerie, de mœurs assez dépravées, a usé du coït outre mesure, et le 31 octobre 1875 elle venait me consulter pour une tumeur siégeant au tiers postérieur et en dedans de la grande lèvre gauche. Cette tumeur, du volume d'un œuf d'oie, avait la forme d'une poire dont la grosse extrémité regardait en arrière et la petite extrémité regardait en avant. A la palpation, on y constatait la fluctuation la plus évidente, et en tendant ses parois avec les doigts il était facile, à l'aide d'une bougie, d'y constater la transparence de l'hydrocèle. Le 4 novembre, avec un petit trocart, j'évacuai les trois quarts du liquide contenu dans la poche, et j'y injectai 10 grammes de teinture d'iode étendue de 5 grammes d'eau.

N'ayant pas de succès, je fis deux nouvelles injections les 19 et 25 novembre avec de la teinture d'iode pure, et il n'en résulta aucune modification du kyste. Alors, le 21 décembre, 20 gouttes de la solution suivante furent injectées et mélangées au contenu de la tumeur :

Chlorure de zinc.......... 50 centigrammes.
Eeau distillée............. 5 grammes.

Les 23, 24, 25 et 26 décembre, le kyste prit un plus grand développement, mais à partir de ce dernier terme il diminua rapidement de volume, à tel point que le 15 janvier dernier il n'en restait pas trace.

Réflexions. Comme on le voit ici, la résolution s'est opérée graduellement et sans notable inflammation. C'est donc là une nouvelle méthode de traitement des kystes muqueux beaucoup plus efficace que la méthode des injections iodées. Sans elle, j'aurais été obligé d'employer l'excision partielle du kyste ou peut-être d'en venir à l'ablation de la presque totalité du kyste, opération qui est sans danger, mais, au moins, très-douloureuse.

Les desiderata de M. Anger, relativement à l'emploi de ce procédé dans les kystes muqueux des grandes lèvres, du testicule et du corps thyroïde, sont donc en voie de trouver leur accomplissement.

L'expérience seule, dit M. Ledentu, *pourra fournir la réponse;* or, cette observation doit nécessairement en appeler d'autres anologues pour que cette réponse soit bien péremptoire.

A propos de l'observation de M. Lisé, M. Desprès fait remarquer que le traitement par le chlorure de zinc est généralement d'assez longue durée, tandis que par l'emploi du tube à drainage les malades guérissent aussi vite et sans être obligées de s'aliter.

(*Séance du 2 février* 1876, *Bull. de la Soc. de chir.*)

Fistule vésico-vaginale avec oblitération du vagin à sa partie moyenne. — Calcul urinaire vésico-vaginal. — Exploration facile de la lésion par l'urèthre dilaté. — Opération par l'urèthre.

M. le Dr Nicaise communique l'observation suivante :

Une femme de 34 ans, domestique, entre, le 24 septembre 1874, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 4.

Cette femme est d'apparence chétive, de petite taille, non rachitique. Elle a eu 4 enfants, le dernier en mars 1870. Le travail a duré 18 heures, on dut faire la version et l'enfant vint mort.

Cinq jours après l'accouchement, les urines ont commencé à couler par la vulve, la malade ne pouvait en garder, elle n'éprouvait jamais le besoin d'uriner. Au bout de trois mois, elle entre à l'hôpital de Reims, dans le service de M. Galliet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine. « Le rétrécissement du vagin était très-considérable lors de l'entrée de la malade, m'écrit M. Galliet, la perte de substance avait dû être très-grande, trop grande pour que nous ayons dû faire autre chose que de favoriser par quelques cautérisations la tendance manifeste à l'occlusion. »

M. Galliet fit une ou deux cautérisations au fer rouge, mais les événements de 1870, obligèrent la malade à quitter l'hôpital avant sa guérison. L'urine s'écoulait toujours par le vagin, mais en petite quantité, car la malade pouvait en garder une partie.

Cet écoulement persista pendant deux ans ; il survint plusieurs fois des inflammations sur les organes génitaux, mais il est impossible d'en préciser le siége d'après les renseignements donnés ; puis, après une maladie qui dura six semaines la fistule ne laissa plus écouler d'urine. Depuis deux ans environ, la fistule est complètement oblitérée.

Les *règles* ont reparu un an après l'accouchement et, dès le début, elles ont passé par l'urèthre, ce qui a toujours eu lieu depuis

Pendant le temps que l'urine sortait en partie par le vagin, les règles sortaient à la fois par ce conduit et par l'urèthre.

Dans ces derniers jours, la malade a rendu quelques petits graviers.

État actuel. — Par le toucher vaginal, on constate une oblitération du vagin vers sa partie moyenne, l'index entre jusqu'à la première phalange. Le doigt sent un corps dur, résistant, situé au-dessus du cul-de-sac vaginal. Le spéculum permet de voir au fond de ce cul-de-sac une petite cicatrice déprimée, étoilée ; il n'y a là aucun orifice.

Par le toucher rectal, on sent facilement en avant un corps résistant, fixe, qui ne paraît séparé du doigt que par une seule cloison membraneuse.

Avec la sonde de Mercier, je constate l'existence d'un calcul situé en arrière et en bas, à la partie inférieure de la vessie et paraissant adhérent.

Le diagnostic était : oblitération du vagin, communication de la vessie avec la partie supérieure de ce conduit et formation, dans cette dernière, d'un calcul urinaire adhérent.

J'essaie avec un brise-pierre de saisir le calcul et de le déplacer, mais sans succès. L'urine donne toujours, depuis longtemps, un dépôt gris-rougeâtre, peu abondant, mélangé de sédiments et de sang.

Les règles apparaissent le 12 octobre, elles sortent par l'urèthre avec les urines, sont peu abondantes ; je laisse reposer la malade.

Je me propose de dilater l'urèthre pour explorer plus facilement la vessie et décider du choix du traitement. Le 23 octobre, j'introduis dans l'urèthre un cylindre de laminaire préparée ; il détermine des douleurs vives et, au bout de 20 minutes, on est obligé de l'enlever. Un second cylindre introduit le lendemain ne peut pas être supporté davantage.

Le 26 octobre, la malade est chloroformisée et je dilate l'urèthre avec le dilatateur de M. Dolbeau. La dilatation est obtenue assez facilement au bout de 10 à 12 minutes. Après une seule application de l'instrument, j'introduis sans aucune difficulté l'index dans la vessie; j'arrive de suite sur un calcul adhérent, dont la face vésicale est légèrement convexe. Il a la forme d'une plaque irrégulière assez épaisse, de 2 à 2 1/2 centimètres de diamètre environ. Je cherche à mobiliser le calcul, mais ses adhérences sont très-résistantes. Je le soulève avec l'index droit introduit dans le rectum et j'arrive à le détacher sur ses bords, à mesure il se brise en petits fragments. La partie centrale résiste.

Enfin, j'arrive à détacher, mais avec quelques difficultés, la plus grande partie du calcul. Je conduis une pince à pansement ordinaire

sur le petit doigt introduit dans la vessie, et je puis ainsi écraser la plupart des fragments. L'opération a été très-laborieuse à cause des adhérences du calcul; j'avais essayé sans succès l'emploi des tenettes.

Je fais une injection dans la vessie avec de l'eau tiède, l'eau ressort légèrement colorée en rouge et entraînant quelques débris de la concrétion.

Je constate qu'il ne reste plus qu'un petit fragment adhérent, mais on sent des rugosités sur la paroi postérieure qui appartient au vagin. Le col de l'utérus, qui était situé au-dessus du calcul et dirigé vers la cavité vésicale, présente une surface dure, rugueuse, légèrement incrustée de concrétions urinaires. Le cul-de-sac antérieur du vagin a complètement disparu et il y a, en arrière et au-dessus du col, un cul-de-sac légèrement déprimé et se continuant avec la paroi vésicale. L'orifice de communication entre la vessie et le vagin est très-large, il commence un peu en arrière du col de la vessie et va jusqu'au col utérin.

Julep avec 4 grammes de chloral.—Tisane de lin.— Cataplasmes sur le ventre et le périnée. — Grand bain prolongé dans l'après-midi.

Le soir, injection vésicale avec eau phéniquée au millième.—Température, 37°.

27 octobre. — La malade a bien dorm pas de douleurs dans le ventre; miction facile, non douloureuse, pas d'incontinence malgré la dilatation et l'introduction des doigts.

Les jours suivants, aucune réaction ne se manifeste, la malade ne tarde pas à se lever. Les urines rougeâtres ont laissé pendant quelques jours un dépôt assez abondant, renfermant des débris de calcul.

La malade sort de l'hôpital en excellent état, le 11 novembre 1874; elle ne veut pas attendre l'opération complémentaire, nécessaire pour débarrasser complètement la vessie des fragments restants du calcul.

J'ai revu la malade le 22 mars 1875, son état général est très-bon, mais elle éprouve de nouveau quelque douleur en urinant. L'examen local n'a pas été fait.

En avril 1875, la malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Guérin, que je suppléais alors ; la miction est fréquente, douloureuse. La malade étant anesthésiée, je dilate l'urèthre et, avec le doigt introduit dans la vessie, je constate l'existence d'un calcul libre et de quelques concrétions peu considérables qui se détachent facilement.

Le calcul libre est formé sans doute par un fragment restant de la première opération et entouré de dépôts phosphatiques. Avec une forte pince à anneaux, je cherche à l'écraser, mais je ne fais qu'en

détacher quelques fragments. La fin du broiement est remise à une autre séance.

Quelques jours après, la malade est prise de varioloïde et aussitôt sa convalescence, veut sortir de l'hôpital sans avoir obtenu une grande amélioration.

Il y a quelque temps, cette malade s'est adressée de nouveau à moi; c'est alors que je lui ai conseillé d'entrer à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Després.

Je ferai suivre cette observation de courtes réflexions.

Le malade a recueilli un grand bénéfice de l'oblitération du vagin : les urines ont repris leur cour· normal, la présence du col utérin dans le réservoir urinaire n'a donné lieu à aucun symptôme particulier; enfin les rapports sexuels ont pu avoir lieu.

Mais il s'est formé, sur la paroi vaginale faisant aujourd'hui partie du réservoir urinaire, un dépôt phosphatique considérable, adhérent, large et épais qui mérite le nom de calcul.

L'existence d'un calcul urinaire vaginal, dans le cas d'oblitératiou du vagin, est un fait qui a été rarement signalé. Vidal (de Cassis) a dit que ce calcul devait se former difficilement; Simon (de Rostock), Deroubaix, n'en citent aucun exemple et disent que cette complication n'est pas à craindre.

On cite, au contraire, quelques rares observations de calculs urinaires vaginaux, dans des faits de fistules vésico-vaginales compliquées de rétrécissement du vagin.

En tous cas, la formation de calculs urinaires vaginaux, dans les fistules vésico-vaginales traitées par l'oblitération du vagin, est une complication qui ne surprend pas, car là se trouvent réunies plusieurs des conditions favorables à la formation des dépôts urinaires.

Est-ce une complication grave qui devrait faire rejeter la méthode de l'oblitération vaginale?

L'absence d'observation ne permet pas de répondre à cette question d'une façon absolue. Néanmoins on peut faire valoir, en faveur de l'opération, que l'oblitération du vagin n'est employée que quand tous les procédés d'oblitération directe de la fistule sont reconnus impraticables.

En outre, chez ma malade, l'opération pratiquée et celle qui reste à faire ne présentent pas une gravité très-grande, d'autant plus qu'on n'agit pas sur la paroi ou la muqueuse vésicale, mais sur l'ancienne paroi vaginale.

Il est à craindre que le calcul ne se reproduise, les conditions restant les mêmes; il y aurait à rechercher s'il serait possible d'en prévenir la formation.

(*Séance du* 9 *février* 1876; *Bull. de la Soc. de chir.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES (suite) (1).

Suite de la discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale, les maladies infectieuses et l'infection purulente.

Traduction du Dr EDOUARD MARTIN.

Dr ARTHUR FARRE. Je crois qu'il est bon dans cette discussion de tenir compte, non-seulement des observations actuelles, mais des travaux des auteurs plus anciens. Je pense que les membres de la Société n'ont point oublié les travaux de Denman, Lees, Hull et d'autres auteurs de la fin du siècle dernier qui se sont occupés du même sujet. En examinant ces ouvrages, j'ai été frappé des observations du Dr Kirbland consignées dans son ouvrage remarquable sur la fièvre des nouvelles accouchées. L'auteur commence par se demander ce que c'est que la fièvre puerpérale, et examine à peu près tous les points qui ont été discutés ici. Il admet que toute affection survenant chez une femme en couche, et en relation avec l'acte de l'accouchement, peut être appelée fièvre puerpérale, quoique quelques auteurs distinguent sous ce nom les formes les plus dangereuses et les séparent de la fièvre de lait et des autres formes moins graves. Il ne voit pas, quant à lui, l'utilité de réunir sous une même dénomination les diverses maladies qui peuvent survenir après l'accouchement, telles qu'inflammation de l'utérus, la décomposition des caillots contenus dans cette organe et la fièvre qui en résulte, et la fièvre provenant de l'introduction de poisons venant du dehors. Il discute ensuite plusieurs points qui ont déjà été traités ici, tels que les cas de petite vérole survenant chez les femmes en couche et se demande si l'on doit les considérer comme des cas de fièvre puerpérale.

Deux mots sur la définition de la fièvre puerpérale qui a été donnée dans l'ouvrage intitulé : *Nomenclature of diseases*, l'orateur qui a discuté cette définition ayant bien voulu me citer comme un des collaborateurs de cet ouvrage. Comme nous l'avons fait remarquer dans la préface, en faisant cette nomenclature, nous avions simplement pour but de faciliter les recherches statistiques, et rien de plus. Généralement, nous n'avons indiqué que le nom de la maladie, comme *celui de petite vérole*, par exemple, qui ne demande aucune explication; mais naturellement certains termes ont nécessité une définition, et cette définition a été faite simplement pour indiquer quelle affection l'on avait en vue, et non pas les phénomènes qui la caractérisent; en d'autres termes, ce n'est point une définition dogmatique. Permettez-moi cependant d'attirer encore quelques instants votre attention sur cette définition.

(1) Voir les numéros d'oct., de nov., de déc., p. 297, 366, 457 et fév., p. 131.

« *Fièvre continue communicable par contagion* » (le terme communicable indique simplement la possibilité de la contagion, mais n'exclut point une origine spontanée), « *liée à l'accouchement et souvent combinée avec des lésions locales importantes surtout du côté de l'utérus.* » Le mot *souvent*, qui indique simplement la fréquence de ces dernières, a été aussi l'objet de nombreux commentaires. Enfin, l'on a aussi beaucoup critiqué la place que la fièvre puerpérale occupe parmi les affections générales bien loin des fièvres. Viennent d'abord les fièvres infectieuses, la rougeole, la petite vérole, la scarlatine, etc., puis, plus bas, la pyoémie, l'érysipèle, et enfin la fièvre puerpérale, la dernière de la liste; le comité de publication voulant indiquer ainsi les rapports entre cette dernière et la pyoémie et l'érysipèle.

Pour répondre aux questions qui nous ont été posées, en suivant l'ordre indiqué, on est obligé d'aborder un grand nombre d'inconnues. Je répondrai d'abord à la première question, en disant que je ne connais pas de fièvre contagieuse ou infectieuse liée à l'accouchement qui soit causée par un poison, un virus spécifique, et qui présente une marche régulière définie. Je ne veux point répondre de suite à la deuxième question qui me semble posée de façon à empêcher toute réponse et tout examen sérieux de la troisième qui est la suivante : Mettant de côté toutes les formes d'affections contagieuses et infectieuses qui peuvent survenir aussi en dehors de l'état puerpéral, reste-il une affection particulière que l'on puisse appeler fièvre puerpérale? Il semble, d'après la manière d'exposer la question, que l'on considère ces affections infectieuses et contagieuses comme pouvant se montrer chez l'homme, chez la femme en dehors de l'état puerpéral ou chez l'enfant, tandis que je pense, au contraire, que l'on doit les considérer comme liées à l'accouchement. Une femme en couche ne se trouve pas dans les mêmes conditions qu'une personne bien portante pour supporter la scarlatine, la rougeole ou quelque autre fièvre infectieuse; elle est déjà affaiblie par ses couches. L'établissement de la secrétion lactée vient compliquer la maladie. Les changements qui se produisent dans l'utérus présentent une importance encore plus considérable. La rétraction utérine et la marche naturelle de son involution sont entravées par la présence de ces maladies. L'action éliminatrice qui accompagne la rétraction utérine cesse de se produire; des matériaux nuisibles sont retenus dans l'économie : tout cela, joint à la dyscrasie du sang, aggrave singulièrement la marche de la maladie. Je pense donc qu'avant de déclarer que la fièvre puerpérale n'existe pas, il est bon de tenir compte de toutes ces circonstances.

Reprenant maintenant la seconde question, je ne serai pas éloigné de croire qu'il existe une fièvre puerpérale en dehors des fièvres infectieuses ou des fièvres chirurgicales, affection *sui generis* causée pro-

bablement par quelque trouble, par quelque arrêt dans l'*involution utérine.*

Le terme de fièvre puerpérale devrait être employé au pluriel, car il indique, non pas une forme spéciale de fièvre, mais un groupe de fièvres liées avec l'état puerpéral. Ce goupe pourrait être divisé assez naturellement en trois classes d'après l'examen clinique. D'abord la simple *fièvre inflammatoire*, appelée aussi fièvre de lait; accidents fébriles résultant de quelque lésion des parties molles sans infection du sang. En second lieu, la *forme atténuée des fièvres infectieuses* dans laquelle l'infection n'est pas d'une nature spécifique et la marche et la terminaison de la maladie est variable suivant les cas. Enfin, la troisième classe comprendrait les fièvres éruptives et les cas qui proviennent d'une infection du sang, dans lesquels la maladie suit une marche régulière. A vrai dire, cette dernière classe ne devrait pas rentrer dans les véritables fièvres puerpérales, quoique, dans l'état actuel de nos connaissances, il soit bon de grouper ensemble toutes ces affections. Peut-être le mot *fièvre post partum* conviendrait-il mieux à l'ensemble de ces trois classes. Ce mot indique simplement l'époque à laquelle survient la fièvre sans impliquer aucune théorie. Dans cette discussion on a beaucoup insisté sur l'influence et la nature du poison et les diverses affections auxquelles l'empoisonnement a donné lieu, mais on a peut-être trop négligé les phénomènes intermédiaires, le rôle que joue le système nerveux et l'influence du poison sur les centres nerveux.

Dr Savage. Au début de la discussion, j'avais l'intention de protester énergiquement contre toute relation existant entre les fièvres éruptives et la fièvre puerpérale. Le Dr Squirre et quelques-uns de nos collègues de la campagne ont si bien soutenu mon opinion que je crois inutile de rien ajouter sur ce sujet. Le Dr Barnes et le Dr Braxton Hicks me semblent être d'avis qu'il existe quelque rapport entre certaines formes de scarlatine et la septicémie puerpérale. Je pense que ces auteurs n'ont pas en vue la scarlatine franche, mais quelque forme bâtarde dans laquelle un bon nombre de symptômes font défaut.

Certains cas de septicémie puerpérale peuvent se terminer fatalement en huit jours sans que l'on observe de la fièvre; dans ce cas, il est évident que l'affection ne doit pas être rangée dans les fièvres. Cette septicémie que l'on remarque chez les femmes en couche présente-t-elle les mêmes caractères que les cas de septicémie observés en dehors de l'état puerpéral? Pour ma part, j'ai vu des cas de septicémie après des opérations sur des femmes idiotes et stériles, j'en ai vu après diverses opérations sur l'utérus et l'ovaire, et même dans les salles de chirurgie après d'autres opérations, et je n'ai pu découvrir aucune différence entre ces cas et ceux que l'on observe chez les femmes en couche.

Je sépare nettement la septicémie puerpérale des autres affections que l'on rencontre chez les femmes en couche, telles que la fièvre liée à la secrétion lactée et d'autres. Cette distinction présente une grande importance pratique. Au lieu de se borner à l'expectative, il faut agir énergiquement dès le début, alors qu'il n'est point encore trop tard.

Il reste encore bien des inconnues sur la nature du poison de la septicémie ; cependant, grâce aux travaux de nos confrères allemands et en particulier aux expériences de Billroth et de Weber, nous pouvons distinguer certaines substances telles que l'hydrogène sulfuré, le sulfure d'ammonium et l'acide butyrique qui, introduites dans le tissu cellulaire de certains animaux, tels que des chiens ou des chevaux, produisent constamment la mort de l'animal par septicémie.

Quant au mode d'introduction de ces poisons, des expériences récentes ont démontré que les liquides pouvaient être absorbés par les veines, mais que les poisons solides ne pouvaient pas l'être autrement que par les lymphatiques; or, d'après quelques pathologistes modernes, les matières septiques se rencontrent toujours sous forme de particules solides, ce qui, du reste, serait une erreur d'après les expériences de Billroth, une solution d'hydrogène sulfuré ne se présentant pas sous forme de particules solides.

Pour le péritoine dans lequel on a démontré la présence de vaisseaux absorbants, l'explication est facile, les liquides pénètrent par les veines, les solides par les lymphatiques; pour l'utérus il existe une difficulté de plus, quelques anatomistes niant la présence des lymphatiques à la face interne de la muqueuse; pour ma part, je crois qu'ils existent. Si je parle de ces faits, c'est surtout pour combattre la théorie du Dr Graily Hewitt, qui admet dans la majorité des cas ce qu'on a appelé la *théorie du larron :* c'est-à-dire une rétraction incomplète de l'utérus avec caillots dans l'utérus et dans les veines; les caillots enlevés et les portes ouvertes le larron s'introduit. J'ai peine à comprendre un état semblable de l'utérus sans hémorrhagie considérable; mais, même en admettant l'existence des caillots dans les veines après l'accouchement, il est bien prouvé depuis que Virchow a trouvé le véritable mécanisme de la production des embolies, que les caillots veineux ne se transportent pas d'eux-mêmes dans la circulation. Ce n'est donc pas par les veines que s'introduit le poison, mais bien par les lymphatiques. Lee a montré, en effet, qu'ils affectent une disposition particulière dans la muqueuse utérine, où ils présentent une vaste surface absorbante et forment une gaîne autour des capillaires utérins. Concluons donc en disant que nous connaissons jusqu'à un certain point la nature et la composition de ces matériaux septiques et qu'il est facile de comprendre comment ils s'accu-

mulent dans l'intérieur de l'utérus et pénètrent dans la circulation.

En terminant, l'auteur se demande ce qu'on entend sous le nom de pyémie et la distinction que l'on établit entre cette affection et la septicémie? Lorsqu'une accouchée présente un abcès dans le mollet ou dans une jointure, par exemple, comme dans les cas cités par le Dr Wells on appelle cela : *pyœmie*. Mais si cet abcès coïncide avec d'autres symptômes de septicémie, on rangera le cas dans les exemples de *septicemie;* l'origine du pus est cependant absolument la même dans les deux cas, et il serait disposé à rayer du catalogue le mot de pyœmie comme celui de fièvre puerpérale.

Dr Wynn Williams. Je dirai simplement, pour répondre à la première question posée par le Dr Wells, que je n'ai jamais rencontré de cas de fièvre puerpérale se présentant sous l'aspect d'une maladie particulière, définie. J'ai vu plusieurs cas présentant les symptômes caractéristiques de l'affection décrite sous le nom de fièvre puerpérale, mais toujours j'ai pu les rattacher à une cause bien évidente; en conséquence, je ne crois pas que la fièvre puerpérale soit causée par un poison morbide spécial. Je ne crois pas non plus que la fièvre puerpérale puisse résulter de la contagion avec des personnes atteintes de fièvres spécifiques, telles que la petite vérole, la scarlatine, etc. Certaines causes d'infection peuvent prendre naissance pendant le cours de ces fièvres lorsqu'elles s'accompagnent, par exemple, de plaies en suppuration ou de gangrène, mais dans les cas ordinaires on voit des accouchées dans la même chambre que celles qui sont atteintes de ces fièvres n'en ressentir aucun effet fâcheux; elles peuvent même, si elles n'en ont pas encore été atteintes, contracter la fièvre sans qu'aucune influence fâcheuse se fasse sentir du côté des organes génitaux.

Je crois que tous les cas de fièvre puerpérale, la péritonite mise à part, sont dus à la septicémie, à une infection du sang, dont les effets fâcheux se font sentir tout d'abord sur l'utérus, fatigué et endolori et sur les parties voisines. Je repousse, dans ces cas, le terme de pyœmie qui a conduit à des doctrines erronées. Par exemple, une femme est prise, trois ou quatre jours après ses couches, de ce qu'on appelle la fièvre puerpérale, elle meurt en quelques heures; on déclare qu'elle est morte de pyœmie; l'autopsie ne révèle la présence du pus dans aucun organe, mais seulement de sérosité sanieuse présentant une odeur infecte et nauséeuse. Si cette malade n'avait pas été abattue par la dose énorme des matières septiques absorbées, ou avait possédé une vitalité suffisante pour former du pus, peut-être aurait-elle eu quelque chance de guérison? Je regarde la formation d'un pus louable comme utile pour entourer et isoler le poison irritant, et je pense que le pus n'est nuisible que lorsqu'il cesse d'être lié et prend des caractères de putridité.

Je pense que les matières septiques agissent de deux façons différentes sur les femmes en couche, et produisent dans les deux cas des symptômes d'intensité et de caractère différents. Dans un des cas, le poison est beaucoup plus concentré que dans l'autre, et ses effets sont plus puissants et plus rapides; dans ce cas le poison pénètre dans l'organisme à l'état de solution, et il existe en général qulque déchirure dans le vagin. Dans ce second cas, le poison pénètre peu à peu sans qu'il existe de lésion. Dans le premier cas, le poison arrive au contact avec la solution de continuité et pénètre dans la circulation en dose suffisante pour tuer promptement la malade. Dans le second cas, les matériaux putrides sont renfermés dans l'utérus et le vagin et pénètrent plus lentement dans la muqueuse et les tissus sous-jacents. C'est un empoisonnement lent qui se termine fréquemment en manie puerpérale. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, c'est de la septicémie due à la présence de matières animales en putréfaction. Ces matériaux putrides peuvent provenir de trois sources différentes :

1° De portions de placenta ou de caillots sanguins retenus dans l'utérus;

2° De portions de la muqueuse vaginale contuses et sphacélées;

3° De lochies altérées dans leur nature par la présence d'un poison.

Dans le premier cas, le traitement consiste à enlever aussi bien que possible le placenta et les caillots sanguins contenus dans l'utérus et le vagin, puis à nettoyer ces organes au moyen de lavages antiseptiques.

Dans le second cas, le traitement consiste aussi dans de fréquentes irrigations avec un liquide antiseptique.

Dans le troisième cas, il faut tâcher de prévenir tout contact de poisons septiques avec les lochies, au moyen de l'isolement, de la ventilation et d'autres précautions du même genre.

Lorsque l'on a été en contact avec quelque matière putride, un bon moyen pour empêcher les poisons de s'attacher aux mains et de se propager consiste à se laver dans une eau additionnée de quelques gouttes de teinture d'iode, substance qui détruit infailliblement le poison. Si l'on craint que les habits ou les cheveux n'en soient imprégnés, il faut se placer dans une chambre fermée et brûler quelques fragments d'iode ; on se trouve bientôt enveloppé d'une vapeur violette qui se dépose sous forme d'écailles très-ténues. Depuis plus de vingt ans que j'use de ce moyen, jamais je n'ai observé de cas de septicémie mortelle dans ma clientèle. Certaines solutions septiques qui, injectées sous la peau des cochons d'Inde les tuent infailliblement, perdent cette propriété lorsqu'elles sont additionnées de teinture d'iode. Si l'on craint que le poison n'ait déjà pénétré

dans l'utérus, il faut le laver avec une solution iodée, jusqu'à ce que la solution revienne avec la même couleur qu'elle présente avant l'injection. Dans un cas que j'ai observé depuis le commencement de cette discussion et dans lequel le traitement a été mis en usage, la température a baissé très-rapidement.

Dr Playfair.— Je me bornerai à discuter une seule des questions posées par le Dr Wells : la relation existant entre la fièvre puerpérale et les fièvres infectieuses spécifiques. Je ne crois pas qu'aucun caractère de spécificité justifie le nom de fièvre puerpérale, ni qu'il existe un miasme particulier provenant d'une malade atteinte de fièvre puerpérale, capable de se communiquer à d'autres accouchées. Je crois que la théorie la plus en rapport avec les faits, est celle qui rapproche la fièvre puerpérale de la septicémie ou de la pyémie. Cependant, cette théorie admise, un certain nombre de points restent à élucider, en particulier les rapports qui existent entre la fièvre puerpérale et les affections aiguës spécifiques. Des observateurs éminents ont remarqué depuis longtemps que, lorsque les femmes subissaient dans l'état puerpéral la contagion de quelque affection spécifique, telle que la scarlatine, par exemple, elles étaient atteintes d'une forme très-grave de cette affection, ne présentant pas ses caractères habituels, et impossible à distinguer des autres formes de fièvre puerpérale. Je sais qu'un grand nombre d'auteurs, les Drs Savage et Braxton, entre autres, ont combattu cette opinion. Ce dernier, par un grand nombre d'observations négatives, fort intéressantes sans doute, mais qui ne suffisent pas pour contre-balancer une seule observation positive. Avec le Dr Braxton Hicks, qui appuie son dire sur plus de 60 observations, je crois donc que l'influence des fièvres pernicieuses sur la production de la fièvre puerpérale est réelle. Quant à l'érysipèle, nous savons tous que dans les hôpitaux de femmes en couches, elle peut se transformer en fièvre puerpérale. Plusieurs fois nous avons eu l'occasion d'observer le fait à King's Collége Hospital, lorsque nous y avions une salle d'accouchements. Quant à l'influence de la diphthérie sur la fièvre puerpérale, je dois vous rappeler que, d'après une nouvelle théorie du Dr Martin, de Berlin, ces deux affections n'en font qu'une. J'ai vu, ces derniers temps, un exemple remarquable de cette influence. Un jeune couple vint s'établir dans une maison humide et malsaine de Nothirg Hill; la jeune femme fut prise, après ses couches, de septicémie, dont elle faillit mourir ; à la même époque, le mari fut atteint de diphthérie, il est probable que le même poison détermina ces deux affections.

Les arguments contraires ont, du reste, une certaine force, en particulier les faits cités par le Dr Savage, de femme en couches atteintes des formes habituelles de la scarlatine. Je pense, mais ce n'est qu'une simple hypothèse, que dans le cas où le poison se met en

contact immédiat avec quelque solution de continuité, il produit la forme septicémique grave ; dans le cas d'absorption par les voies ordinaires, la forme légère de la maladie.

Dr Filt.— Le Dr Braxton Hicks admet que la fièvre puerpérale est, dans les 3/4 des cas, le résultat de la contagion avec quelque fièvre infectieuse. Cette proportion me semble exagérée; si elle était aussi considérable qu'il le prétend, aucune femme en couche n'échapperait à la contagion dans les quartiers populeux de Londres, où la scarlatine, la rougeole et la fièvre typhoïde existent en permanence.

Deux mots sur la théorie des germes. Tandis que Heiberg, de Christiania, rapportait dans un mémoire fort intéressant qu'il avait rencontré une quantité énorme de bactéries dans les lymphatiques des personnes mortes pendant une épidémie de fièvre puerpérale, d'autres observateurs ont fait à Paris des examens microscopiques répétés, sans pouvoir en découvrir.

Je pense que, si les précédents orateurs ont accordé une influence trop considérable aux fièvres infectieuses dans la production des fièvres puerpérales, il n'ont pas assez insisté sur ce que l'on peut appeler les cas autogénétiques. Si les femmes en couche sont parfois infectées par d'autres, bien souvent elles s'infectent elles-mêmes par les liquides que contient leur utérus. Un grand nombre de conditions facilitent cette infection.

Après l'accouchement, l'utérus représente une sorte de sac contusionné ou déchiré en partie, contenant des lymphatiques en abondance et d'un volume considérable. Si ce sac contient un liquide en putréfaction, il sera absorbé par les lymphatiques et passera de là dans le péritoine, puisqu'il est bien démontré aujourd'hui que les lymphatiques utérins vont s'ouvrir dans cet organe. Non-seulement ces lymphatiques seront enflammés, mais le péritoine lui-même le sera de bonne heure, du 4e au 6e jour après l'accouchement, comme cela a été observé. C'est donc à tort qu'on a considéré la péritonite comme une affection secondaire, au même degré que l'inflammation du ligament large ou du tissu cellulaire, car elle peut exister dès le début et produire la fièvre. Le poison peut aussi passer par les lymphathiques sans les enflammer, comme le font d'autres poisons, le virus syphilitique, par exemple.

A l'autopsie d'un grand nombre de femmes mortes de fièvre puerpérale, on n'a trouvé dans les lymphatiques qu'un liquide brun fétide et sanieux, semblable à celui qu'on trouve dans l'utérus ; d'autres fois, au contraire, ces vaisseaux eux-mêmes sont enflammés. L'influence des fièvres infectieuses sur la production de la fièvre puerpérale est bien évidente. Toutes ces fièvres, la scarlatine par exemple, favorisent et activent la décomposition des sécrétions du corps humain. Lorsqu'une femme en couche est sous l'influence de

la scarlatine, ses sécrétions deviennent fétides si elles ne l'étaient pas ; si elles l'étaient déjà par suite de la rétention de caillots ou d'une portion de placenta, la fétidité augmente, le poison est plus actif.

La théorie de la fièvre puerpérale autogénétique me semble influer sur le traitement préventif. Si les médecins surveillaient attentivement l'état des lochies, ils les trouveraient altérées plus fréquemment qu'ils ne le pensent. Lorsque nous sommes appelés en consultation pour un cas de fièvre puerpérale, bien souvent nous sommes frappés de l'odeur qui règne dans la chambre sans que les gardes s'en soient aperçues. Il ne faut donc pas que les médecins se confient au dire de la garde, il faut qu'ils s'assurent par eux-mêmes de l'état des lochies. Si elles sont fétides, il ne faut pas se contenter d'injections vaginales, mais faire des injections dans l'utérus lui-même.

Il y a quelques semaines, je parlais du professeur Stoltz, qui me dit que, depuis quatorze ans, il avait pris l'habitude de faire des injections intra-utérines, et cela avec les meilleurs résultats. Un grand nombre d'auteurs, en Angleterre et à l'étranger, s'accordent du reste à démontrer la valeur des injections intra-utérines et surtout des injections antiseptiques répétées deux fois par jour. Dans certains cas, elles ont fait cesser subitement des accidents graves de fièvres puerpérales. Je sais bien qu'on a fait des objections à ce mode de traitement. Un médecin américain, de Pensylvanie, a publié un mémoire intéressant, dans lequel il prétend que les injections intra-utérines ne sont pas nécessaires, parce que les lochies ne deviennent jamais fétides si la malade a soin de faire avec l'irrigateur ordinaire quatre injections vaginales par jour. Il prétend ensuite que le bec de l'instrument peut devenir lui-même un foyer d'infection, ce qui n'a pas lieu certainement si l'on a soin de le tenir suffisamment propre et de le plonger dans une solution désinfectante. On a prétendu ensuite que le liquide de l'injection pouvait pénétrer dans le péritoine à travers les trompes de Fallope. Cependant on a pratiqué, dans ces dernières années, des centaines d'injections avec des solutions phéniquées ou de la teinture d'iode, dans les hôpitaux de Paris, sans que cet accident se soit présenté une seule fois.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG.

Mémoire contre les mouvements de latéralité imprimés au forceps pendant l'accouchement, par le Dr Mathews DUNCAN.

Il y a déjà bien longtemps que l'auteur a enseigné en public que le mouvement de latéralité ou de pendule imprimé au forceps est sans

utilité et même dangereux. Des auteurs considérables, Litzmann, de Kiel, et d'autres, ont aussi déconseillé cette manœuvre qui est encore mise en usage par un grand nombre d'accoucheurs.

Ses objections ne porteront pas sur la direction à imprimer au forceps à mesure que la tête descend, mais seulement contre ce mouvement de pendule. Pour défendre cette manœuvre, on a donné deux arguments principaux : on a dit que le mécanisme était identique à celui d'un levier à double arrêt, et ensuite qu'il y avait économie de force.

Examinons d'abord la première hypothèse. Il est difficile que la disposition en levier soit d'une certaine utilité, parce qu'il est difficile de trouver un point fixe suffisant sur les parois du bassin, le long duquel il n'existe pas de rugosités pour remplacer le double arrêt, et s'il existait des dents ou des rugosités, le pire usage que l'on pourrait en faire serait de leur faire jouer ce rôle. L'accoucheur devrait au contraire faire tout son possible pour faire avancer la tête aussi doucement et avec aussi peu de force que possible le long des parois du bassin. De plus, il n'existe ni dents, ni rugosités sur la tête du fœtus, pouvant s'adapter sur les dents de cette roue supposée.

Sans l'hypothèse du levier et de la double roue dentée, le mouvement de latéralité n'est d'aucune utilité. Il est possible que la tête puisse être saisie avec tant de force par les branches du forceps qu'elle joue comme sur un pivot; mais un pareil mouvement n'est d'aucune utilité pour faire avancer la tête, sans la force nécessaire pour qu'une traction directe soit efficace.

L'accoucheur, par ses mouvements de latéralité, peut faire avancer la tête tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, mais ce mouvement n'est d'aucune utilité et présente même de graves inconvénients. La pression exercée et la force de traction sont certainement aussi considérables, si ce n'est plus, que si la traction était directe; les mouvements de la tête qui appuie tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, ne diminuent en rien la difficulté à surmonter et peuvent produire des lésions faciles à éviter.

Il s'agit de surmonter une difficulté mécanique pour faire passer la tête d'un enfant à travers un passage résistant, et il est impossible d'éviter cette difficulté en changeant la position de la tête, qui est aussi favorable que possible. Comment supposer, dans ces conditions-là, que des mouvements de latéralité puissent diminuer la pression nécessaire pour faire avancer la tête. Elle doit surmonter une certaine résistance, des tractions directes sont la voie la plus simple à suivre, et les mouvements de pendule ne font qu'augmenter la dépense de force, de plus, ces mouvements de latéralité augmentent les pressions, les points de contact entre les parties de la tête sur lesquelles est appliqué le forceps et les tissus maternels adjacents.

Dans certains cas, ces pressions sont si légères, si peu durables, qu'elles ne sont que de peu d'importance. Mais parfois, surtout si la résistance vient des parties molles, elles peuvent être la cause de bien des accidents. Dans les cas les plus importants, l'obstacle vient des parties dures, et le plus fréquemment d'un simple rétrécissement du bassin. Dans ce cas, il faut faire glisser doucement la tête entre le promontoire et le pubis, et le mouvement de pendule est dangereux, car, outre la pression ordinaire dont le maximum est au point d'application des lames, il refoule violemment les parties molles entre la tête et le pubis.

Si le forceps comprime la tête assez énergiquement pour qu'elle ne puisse glisser, la branche du forceps située du côté où le mouvement de latéralité sera imprimé exercera une pression dangereuse sur les parties de la tête ou de la face de l'enfant avec lesquelles elle est en contact. D'autre part, si les branches du forceps ne compriment pas la tête assez fortement pour remédier à ces mouvements de va-et-vient, le cuir chevelu pourra être lésé et éraillé à sa surface, ce qui se présente fréquemment.

Dans le mécanisme de l'accouchement, il n'y a rien d'analogue à ce mouvement de pendule artificiel. La nature pousse de force la tête du fœtus à travers un passage plus ou moins étroit, ce qui peut produire d'une part une dilatation ou une déchirure plus ou moins grande du passage, et de l'autre des changements de forme et de volume de la tête fœtale.

Notre meilleur guide, pour l'application du forceps, est de suivre les procédés mis en usage par la nature ; il est probable que toutes les recherches futures sur l'usage des instruments découleront d'une étude plus approfondie du mécanisme du travail dans les cas difficiles.

L'usage du forceps est d'augmenter la force d'expulsion naturelle. Le praticien devrait en conséquence se borner à des tractions judicieuses sans pratiquer de mouvements de latéralité qui ne favorisent en rien la traction seule désirable. Le seul avantage que puisse présenter ce mode opératoire est de permettre à un praticien ignorant de la vraie direction à imprimer aux tractions de tomber par hasard sur la bonne direction, et de faire ainsi par chance et non sans danger ce qu'il aurait dû faire en connaissance de cause et sans aucun risque. C'est peut-être pour cela que quelques auteurs recommandent non pas le mouvement de pendule, mais une sorte de mouvement rotatoire. (*Séance du 12 janvier* 1876. *Obstetrical Journal*, mars 1876.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des tumeurs bénignes du sein, par Léon LABBÉ et Paul COYNE. Paris, 1876, chez Georges MASSON, 1 vol. in-8° avec planches. Prix : 12 francs.

Le meilleur éloge qu'on puisse faire d'un bon livre, a dit un auteur contemporain, c'est de le raconter, pour ainsi dire, de l'analyser dans tous ses détails, d'en faire un résumé exact et qui, sous une forme diminuée, représente son image aussi fidèlement que possible. C'est ce que nous aurions voulu faire pour le remarquable ouvrage que viennent de publier MM. Labbé et Coyne sur les tumeurs bénignes du sein et qui, plus que tout autre, mérite les honneurs d'une analyse longue et complète; mais, renfermé dans les limites restreintes d'un simple article bibliographique, nous ne pouvons qu'en faire une analyse succincte et en faire ressentir les passages les plus importants.

Le livre se divise naturellement en quatre parties dans lesquelles les auteurs étudient successivement l'historique, l'anatomie, l'histologie et la pathologie des tumeurs du sein. C'est cette division que nous suivrons dans notre analyse.

La première partie de l'ouvrage, consacrée à des recherches historiques, est un travail de consciencieuse érudition. Les auteurs admettent d'abord une période clinique à laquelle se rattachent les noms illustres d'Astley Cooper, de Velpeau et de Cruveilhier. Avant les recherches de ces chirurgiens, toutes les tumeurs du sein, ou du moins la grande majorité de ces tumeurs, étaient connues sous le nom générique de cancer. Boyer lui-même, dont on ne saurait nier la sagacité et la vaste expérience clinique, n'a pu échapper aux opinions qui régnaient alors et a décrit sous le nom de cancer presque toutes les tumeurs du sein.

Astley Cooper est le premier qui, se basant sur l'anatomie normale et la physiologie, se soit livré à une observation patiente des faits et ait établi une distinction véritablement clinique entre les différentes tumeurs mammaires autres que le carcinome. Le premier, il leur a donné un nom particulier : c'est ainsi qu'il décrit des tumeurs *mammaires chroniques* qui, d'après MM. Labbé et Coyne, doivent être considérées comme identiques aux productions pathologiques que quelques chirurgiens désignent encore aujourd'hui sous le nom de tumeurs *adénoïdes*. Cooper admettait en outre le transformisme des tumeurs, opinion qui ne compte plus aujourd'hui de partisans sérieux.

Velpeau vint plus tard, et le magnifique ouvrage qu'il a publié, il y a trente ans, n'a pas vieilli dans les parties qui sont du domaine exclusif de la clinique. L'illustre chirurgien, trompé par l'isolement particulier que présentent certaines tumeurs mammaires et par leur facile énucléation, était arrivé à les considérer comme produites par l'organisation du sang épanché et à nier d'une façon absolue leur *connexion* avec le tissu de la glande. Le nom d'*adénoïde*, employé par Velpeau pour désigner les tumeurs dont il niait l'origine glandulaire, mériterait peut-être d'être conservé. « S'il n'est pas vrai de dire que ces tumeurs n'ont pas pour point de départ une glande, s'il n'est pas vrai qu'elles procèdent d'un épanchement fibrineux qui se serait organisé avec une apparence glandulaire, il n'est pas vrai non plus qu'elles soient constituées par des glandes véritables ayant tous les caractères anatomiques et surtout les propriétés physiologiques de l'élément glandulaire normal à un degré suffisant pour leur mériter le nom d'*adénome*. Ces dépressions, ces apparences de culs-de-sac ont bien été des glandes à un moment donné, mais elles ont perdu leur forme ancienne, leur épithélium a été modifié dans sa nature, et c'est pour cette raison que la plupart de ces tumeurs ne sont plus des adénomes. »

Cruveilhier, qu'il convient également de rattacher à cette période clinique, a nettement reconnu et déterminé les liens étroits qui réunissent ces tumeurs à la glande mammaire. Il a parfaitement établi leur bénignité et fait ressortir l'impossibilité de leur dégénération. Mais il s'exposa à de vives attaques en disant que l'*extirpation de ces tumeurs n'était pas nécessaire*, qu'elle n'était que *facultative* et ne pouvait être motivée que par l'incommodité résultant de leur poids et de leur volume.

Dans une seconde période qui correspond aux belles recherches de Lebert, Robin, Broca, Verneuil, etc., un grand nombre de faits importants ont été éclaircis. Tous les travaux de cette époque ont eu pour base l'élément spécifique, et ils ont été nécessairement empreints d'un certain exclusivisme dogmatique qui en a beaucoup atténué la valeur. On sait l'importance que ces auteurs attribuent à la *cellule cancéreuse;* toute tumeur qui ne renferme pas cette cellule est une tumeur bénigne. Voici comment s'expriment MM. Labbé et Coyne à ce propos : « Vouloir déterminer la nature d'une production morbide d'après un seul de ses caractères serait déjà une tentative dont les résultats ne seraient pas de longue durée, ce serait créer une méthode analogue à celle de Linné dans les sciences naturelles et qui n'aboutirait, comme elle, qu'à des classifications artificielles; à plus forte raison, doit-on trouver prématurés les essais qui ont voulu faire reposer toute la pathologie des tumeurs sur des caractères aussi fugaces, aussi contingents que ceux qui sont présentés par des élé-

ments anatomiques isolés, considérés en eux-mêmes et dont on connaît la fragilité et les mutations incessantes. »

La dernière période historique est marquée par un progrès réel dans les méthodes employées; les résultats obtenus, basés sur l'anatomie histologique, ont été rigoureusement déduits et ont pris une apparence plus scientifique; la structure des tumeurs a été décrite avec soin, non pas au point de vue de la recherche d'un élément spécifique isolé, mais à un point de vue d'ensemble. C'est l'école allemande représentée par Müller, Virchow, Billroth, Waldeyer, qui a inauguré le mouvement moderne qui a été suivi en France par Ranvier, Monod et l'école histologique du Collége de France. Cette période se remarque également par la spécialisation excessive des hommes qui s'occupent de ces études, par leur isolement de la clinique et leur éloignement du malade; elle est trop *exclusivement anatomo-pathologique.* Il importe de rapprocher étroitement l'étude anatomo-pathologique de l'étude clinique; c'est le but que se sont proposé les auteurs du *Traité des Tumeurs bénignes du sein*; nous verrons plus loin dans quelles proportions ils l'ont atteint.

Nous nous étendrons peu sur la deuxième partie de l'ouvrage qui contient des développements très-complets sur l'anatomie et la physiologie de la glande mammaire, sur les modifications qu'elle subit sous l'influence de la menstruation, de la lactation et de la vieillesse. Nous signalerons néanmoins quelques recherches personnelles sur les vaisseaux lymphatiques glandulaires profonds dont l'existence avait été mise en doute par plusieurs anatomistes. Ces recherches permettent aux auteurs de conclure que, dans la glande mammaire, il existe un réseau lymphatique péri-lobulaire, contenu dans sa charpente conjonctive. Ce réseau est situé assez loin de l'élément glandulaire et en est séparé par une zone concentrique épaisse, concentrique au lobule. Cette disposition est intéressante, en ce sens qu'elle rend compte de la facile généralisation lymphatique du carcinome, qui, développé dans le tissu conjonctif péri-lobulaire, se trouve presque immédiatement en contact avec les cavités lymphatiques.

Ces considérations anatomiques préliminaires permettent aux auteurs d'arriver à une classification naturelle des tumeurs qui peuvent provenir soit du revêtement épithélial, soit du tissu conjonctif péri-acineux. Dans le premier cas, on a l'*épithélioma intra-canaliculaire*, qui diffère du carcinome vrai. Lorsque le travail morbide a porté son action principale sur le tissu conjonctif, on observe la *simple hypertrophie*, le *fibrome*, le *sarcome* ou le *mixome*. Dans un troisième groupe, les auteurs placent quelques tumeurs qu'on ne rencontre que très-exceptionnellement dans le sein: la *tumeur astéoïde*, le *galactocèle* dont l'étude doit être rapprochée de celle des *kystes par rétention* nfin, l'*hypertrophie générale de la mamelle*, qui peut se rattacher à

des états morbides très-différents, termine la nomenclature des maladies étudiées par MM. Labbé et Coyne.

La troisième partie du livre, entièrement consacrée à l'anatomie pathologique, est très-complète et contient plusieurs aperçus originaux sur les lacunes et les kystes de la mamelle, sur leur développement et leurs évolutions successives. Sous le nom de *kystes lacunaires*, les auteurs désignent les cavités qui se produisent dans l'intérieur des différentes tumeurs bénignes de la mamelle, à la suite de *déformations mécaniques subies par les éléments glandulaires*. Ces cavités kystiques sont si fréquemment observées, qu'elles forment le caractère presque pathognomonique des tumeurs dites adénoïdes.

Sous le nom de *kyste par rétention*, les auteurs désignent des cavités kystiques dans lesquelles la dilatation de l'élément glandulaire est la conséquence d'une accumulation toujours croissante du liquide plus ou moins normal, sécrété par la partie dilatée. La forme de ces cavités kystiques et les phénomènes qui accompagnent leur développement sont différents, suivant qu'il s'agit d'un kyste par rétention, dû à une végétation papillaire endo-canaliculaire ou à un étranglement par rétraction fibreuse, du conduit excréteur. Dans le premier cas, la tumeur est en général unique et peut se vider et se remplir à plusieurs reprises, ce qui lui a quelquefois fait donner le nom de *kyste intermittent*.

L'anatomie pathologique des autres tumeurs est faite avec le plus grand soin, et nous regrettons que le manque d'espace nous empêche de suivre les auteurs dans les développements minutieux qu'ils fournissent à ce sujet.

Les conclusions suivantes, que MM. Labbé et Coyne ont placées à la fin de leur ouvrage, résument d'une manière succinte les idées des auteurs.

1° Il existe dans le sein un groupe de tumeurs que l'on peut désigner sous le nom de *tumeurs bénignes*. Le caractère de bénignité qu'elles offrent toutes à divers degrés est dû à ce fait anatomique spécial, qu'elles sont *nettement limitées par une capsule fibreuse* qui les isole du reste de la glande et des tissus ambiants.

2° Toutes ces tumeurs tirent leur origine de l'élément glandulaire (tissu péri-acineux ou revêtement épithélial.) Elles se présentent sous quatre formes anatomiques principales. Trois de ces formes dépendent du *tissu conjonctif* (fibrome, sarcome, myxome). Une seule a son point de départ dans le revêtement épithélial; c'est l'épithélioma *intra-canaliculaire*).

3° Toutes ces tumeurs sont bénignes, si on les compare au cancer; mais leur degré de bénignité varie dans certaines conditions données. Celles qui dépendent du tissu conjonctif sont bénignes *dans le sens absolu du mot*. Elles ne récidivent dans l'immense majorité des cas

que par suite d'une opération incomplète. Celles qui ont pris naissance aux dépens de l'élément épithélial restent bénignes tant qu'elles n'ont pas, pour ainsi dire, usé leur capsule d'enveloppe.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer l'importance de cette dernière conclusion, qui est en contradiction avec les idées préconisées par un grand nombre de chirurgiens qui n'hésitent pas à placer le sarcome et l'épithéliome parmi les tumeurs malignes sujettes à récidive. Il faut bien reconnaître que, sur ce point, l'anatomie pathologique est souvent en désaccord avec la clinique. Il arrive souvent que le sarcome, l'épithéliome ou le myxome, qui se présentent au début avec les caractères d'une tumeur bénigne, s'ulcèrent, se généralisent et finissent par entraîner la mort. Les auteurs du *Traité des Tumeurs bénignes du sein* ont si bien compris ce fait, qu'ils ont soin d'ajouter comme correctif que, dans certaines tumeurs, l'enveloppe fibreuse protectrice peut disparaître à un moment donné et permettre l'envahissement des tissus ambiants.

L'espace nous manque pour donner une analyse complète de la quatrième partie de l'ouvrage, qui comprend la pathologie et le traitement des tumeurs bénignes. Les phénomènes symptomatologiques sont étudiés avec le plus grand soin, mais les auteurs avouent eux-mêmes que nos connaissances cliniques n'ont pas encore atteint le degré de perfection nécessaire lorsqu'ils nous disent : « Un grand nombre de symptômes propres à ces tumeurs sont *communs à leurs diverses variétés*. Cependant, dès à présent, il est possible d'assigner à chacune d'elles quelques caractères symptomatiques pouvant permettre de les distinguer cliniquement. Bien que les résultats obtenus à ce point de vue soient encore peu nombreux, on peut entrevoir le moment où il sera possible de les compléter. »

Les chapitres consacrés au traitement contiennent des indications d'une grande importance pratique. D'après les auteurs, le traitement médical ne mérite aucune considération sérieuse. Les différents moyens chirurgicaux qui pourraient amener la résorption, tels que le broiement, le morcellement sous-cutané, les injections irritantes, interstitielles et la compression, sont étudiés avec soin. Ces différents traitements dont on peut, à la rigueur, faire l'essai, doivent être rejetés d'une façon absolue, dès que l'on voit un arrêt prolongé dans la résorption du néoplasme.

Relativement au traitement chirurgical, nous citerons les deux dernières conclusions du livre, qui font ressortir la nécessité de l'ablation complète, lorsqu'on se décide à attaquer la tumeur par le bistouri.

1° L'anatomie pathologique des tumeurs bénignes du sein démontre que presque toujours l'*énucléation* simple de la tumeur constitue une opération incomplète. Les lésions, parvenues à leur maximum de

développement dans la tumeur elle-même, sont déjà en voie d'évolution dans le tissu glandulaire voisin. Aussi, pour pratiquer une opération complète, il faut nécessairement dépasser les limites de la tumeur et pratiquer l'*amputation partielle*.

2° Cette règle que l'on peut adopter, lorsqu'il s'agit de tumeurs très-limitées (fibromes) ne peut plus être considérée comme suffisante lorsque la tumeur est très-volumineuse et à développement rapide (sarcome, myxome); dans ce cas, il faut pratiquer l'*amputation totale du sein.*

Tel est, en résumé, le contenu de cette importante monographie qui contient près de 600 pages, 2 belles planches en chromo-lithographie et un nombre considérable de figures intercalées dans le texte. La valeur réelle du livre, le savoir et la notoriété de ses auteurs assurent au *Traité des Tumeurs bénignes du sein* une place importante dans la littérature contemporaine, où il vient remplir une lacune que trente années de recherches n'avaient pu parvenir à combler. Ajoutons en terminant que ce magnifique volume est publié par M. Masson, qui n'a rien négligé pour le rendre digne de ses auteurs et du public.

D[r] LUTAUD.

VARIÉTÉS.

Cautère actuel permanent.—M. le D[r] Paquelin a imaginé un nouvel appareil destiné à obtenir un *cautère actuel permanent.*

Le nouveau cautère, construit par M. Collin, est véritablement merveilleux de simplicité et d'utilité pratique.

Facile à manier, arrivant au blanc en quelques secondes, ce cautère offre, à volonté, tous les degrés, le rouge brun, le rouge cerise, le blanc, et les conserve aussi longtemps que le veut l'opérateur.

Telles sont les qualités incontestables, et vérifiées devant nous, de ce nouvel appareil.

Nous croyons pouvoir prédire à cette découverte un succès qui effacera celui de toutes les tentatives connues du même ordre.

Dans peu de temps, l'emploi de ce cautère se généralisera et remplacera le fer rougi au feu.

Nous ne saurions trop féliciter l'auteur. P[r] PAJOT.

Médecine légale. — Etat de l'utérus considéré comme signe d'identité. — Le crime de White-Chapel. — Nos lecteurs ont sans doute eu

connaissance du crime de White-Chapel, qui a eu un si grand retentissement et qui a occupé pendant neuf jours la cour centrale criminelle de Londres. Plusieurs questions importantes de médecine légale ont été soulevées pendant ce procès, mais il en est une qui a particulièrement attiré l'attention des médecins légistes, en raison de sa nouveauté et des difficultés qui ont entouré sa solution. La femme dont on avait constaté la disparition et dont on cherchait à établir l'identité avec les restes informes trouvés dans la maison de White-Chapel avait eu deux enfants, son utérus devait présenter les caractères de la multiparité; il fallait donc. pour établir l'identité, démontrer que l'utérus trouvé dans le corps de la victime avait été gravide.

Les experts choisis par le tribunal ont émis sur ce point des opinions contradictoires. M. Alfred Meadows a prétendu qu'il était impossible de déterminer avec certitude, d'après l'examen *post-mortem*, la nulliparité ou la multiparité d'un utérus, et MM. Bond et Larkin affirmaient, au contraire, que l'utérus qu'ils avaient sous les yeux présentait les caractères de la multiparité. La question fut portée devant la Société obstétricale de Londres et ainsi posée : Un utérus étant donné, est-il possible d'affirmer, d'après l'examen *post-mortem*, si la femme a eu des enfants ou non ? Certains caractères, qui ont assez de valeur pour établir la probabilité, sont insuffisants pour établir la certitude, surtout lorsqu'il s'agit de se prononcer devant un tribunal. Mais il existe un caractère particulier qui n'a pas été jusqu'à présent l'objet d'études spéciales de la part des gynécologistes, c'est le plus ou moins de convexité des parois de l'organe et la distance qui sépare l'insertion des tubes de Fallope. D'après M. Meadows, l'utérus nullipare présente sur sa face interne et supérieure, ainsi que sur ses faces latérales, une convexité plus ou moins marquée, mais dont l'existence est constante; cette convexité disparaîtrait après un ou plusieurs accouchements.

M. John Willams a appelé l'attention des membres de la Société sur quelques autres caractères de l'utérus multipare. En premier lieu, il signale l'état des sinus utérins du côté placentaire; ceux-ci se remplissent de caillots qui deviennent organisés et peuvent encore être observés six mois après l'accouchement. En second lieu, il insiste sur l'état des vaisseaux dans les parois de l'utérus : ces vaisseaux se présentent sous la forme de petits tubes visibles à l'œil nu ; leur tunique est épaissie, jaunâtre, et l'ensemble du tissu utérin est plus ou moins déchiqueté. Cet état persiste pendant un temps assez long, et, dans un cas exceptionnel, le Dr Willams a pu l'observer quinze mois après le dernier accouchement ; il ne peut être produit par aucune affection de l'utérus.

L'utérus de Hariett Lane, qui avait été le point de départ de cette discussion, avait, du reste, subi des altérations de structure qui eus-

sent rendu difficile la constatation des caractères signalés par le Dr Willams. Lorsqu'il avait été retiré du cadavre, cet organe était dans un état de dessiccation tel qu'il était impossible d'étudier sa forme, ses dimensions et sa structure. Sur les conseils du Dr Hicks, il fut placé dans une solution phéniquée et il reprit assez rapidement sa forme primitive. M. Hicks a fait à ce sujet remarquer que les effets produits par l'application successive de la dessiccation et de l'imbibition sur les corps organisés n'ont pas encore été suffisamment étudiés. Après avoir fait dessécher un utérus, qu'il a ensuite placé dans l'eau pendant un certain temps, ce chirurgien a pu constater que ces organes n'avaient pas subi par le fait de la dessiccation un changement notable dans leurs formes et leurs dimensions. Cette expérience, qui peut avoir une utilité pratique en médecine légale, pourrait être faite sur d'autres organes, tels que le cœur, le cerveau ; elle pourrait trouver son application dans les cas où il est nécessaire de reconnaître des débris humains et de les distinguer des restes d'autres animaux.

En présence des assertions contradictoires de ses membres, la Société obstétricale a nommé une commission qui étudiera la question, et présentera un rapport dont nous ferons part à nos lecteurs. (*Gazette hebdomadaire*, 15 décembre 1875, 14 avril 1876.)

Dr Lutaud.

Crayons de tannin. — Dans le traitement des affections utérines, on a eu l'idée, depuis longtemps, d'employer des crayons de tannin, destinés à porter directement la substance astringente sur le lieu même du mal.

L'avantage de ces crayons est de laisser le tannin un certain temps en contact avec la muqueuse utérine, ce qui ne s'obtient qu'imparfaitement avec des injections, et en outre de doser exactement le médicament employé.

Le problème à résoudre pour la préparation des crayons était double : d'une part, obtenir des crayons assez résistants pour ne point se briser, et néanmoins d'une dissolution facile ; et, d'autre part, n'employer pour le tannin aucune substance étrangère susceptible de causer une irritation à l'utérus où ces crayons sont appelés à séjourner.

Préoccupé de ce dernier inconvénient, nous avons rejeté la gomme, la gutta-percha, et toute autre substance analogue, et nous nous sommes arrêtés à la formule suivante :

Tannin . . . . 1 gramme.
Glycérine . . . . 1 goutte et demie.

F. s. a. Un crayon de 10 centimètres de longueur.

Ces crayons, ainsi préparés, nous semblent réunir toutes les conditions requises. Ils sont suffisamment durs pour être portés dans le

col utérin sans se déformer et suffisamment ductiles aussi, puisque en les échauffant légèrement dans les doigts, on peut les raccourcir ou les allonger.

Ainsi obtenus, ces crayons se conservent fort bien sans se déformer; nous avons des crayons préparés depuis deux mois qui sont à la fois aussi résistants et aussi ductiles que des crayons fraîchement préparés.

La longueur que nous leur avons donnée permet au médecin de doser exactement la quantité de tannin qu'il emploie ; de plus, la ductilité de ces crayons pourrait permettre de les employer, par exemple, comme *bougies astringentes ;* introduites dans le canal de l'urèthre, il nous semble qu'elles remplaceraient avec avantage les injections au tannin.

E. GODIN, pharmacien.

Le service d'accouchements au nouvel hôpital des cliniques de la Faculté de médecine. — Ainsi que nous le disions ces jours derniers, dit le *Bien public*, cet hôpital, situé actuellement en face de l'Ecole de médecine, va être reconstruit sur une partie des terrains distraits du jardin du Luxembourg, par M. Haussmann. Il aura la forme d'un triangle et s'élèvera sur l'emplacement qui est longé par la rue d'Assas. La base du triangle répondra à peu près au niveau de la rue Carnot et son sommet au carrefour de l'Observatoire. Cet hôpital n'aura qu'un étage, consacré exclusivement aux services médicaux.

Le service des accouchements recevra une disposition spéciale qui tend à combattre les épidémies. Cinq salles, de huit lits chacune, recevront les femmes en couche ; ces salles seront assez grandes pour qu'à chaque lit il soit attribué 70 mètres cubes d'air. A côté se trouveront des crèches pour le renouvellement des langes des nouveau-nés ; on évitera ainsi, dans les salles des mères, le dégagement d'odeurs fétides et de miasmes malsains.

Les accouchements se feront dans un local spécial, situé entre cour et jardin, dans des conditions telles que les cris ne puissent ni être entendus du dehors, ni troubler le repos des malades. Il y aura aussi une vaste salle de dix lits, pour les complications qui peuvent survenir à la suite des couches et nécessiter des soins spéciaux ; des chambres isolées recevront, en outre, les malheureuses atteintes de fièvre puerpérale, affection tellement contagieuse qu'elle est restée, jusqu'à ce jour, le fléau des maternités.

Un amphithéâtre pour les cours, un cabinet pour le directeur et un musée anatomique existeront encore à cet étage.

Les sages-femmes trouveront aussi leur logement dans le voisinage des salles où devra s'exercer leur ministère.

Au rez-de-chaussée, administration, chapelle, salle de femmes

qui attendent, salles de nourrices, etc. Ce rez-de-chaussée sera élevé de plus d'un mètre 50 centimètres au-dessous du sol. Au sous-sol seront les pharmacie, réfectoires, cuisines, tisaneries, caves, etc.

Des préaux couverts et découverts permettront aux convalescentes de respirer l'air pur du dehors par tous les temps. Tous les services communiqueront entre eux par de vastes galeries.

Singulière coutume obstétricale. — Un correspondant de la *Lancet*, parlant d'une coutume absurde qui existe dans le Yorkshire, rapporte que, dans cette contrée, « la patiente accouche revêtue de tous ses vêtements (excepté peut-être son manteau et son chapeau), chaussures, bas, pantalon, jupons, corset, vêtement, et le reste. Si le travail débute alors que la femme est déshabillée et au lit, le premier soin de ses parents et de ses amies est de la faire habiller. Elle se couche ordinairement sur le matelas inférieur, le matelas supérieur et le lit étant mis de côté, et reste dans cette situation jusqu'à la fin du travail. »

Lorsque le placenta est expulsé, la femme est placée dans son lit sans plus tarder. La patiente se lève alors, et on la fait se tenir debout ou assise sur une chaise, pendant qu'on lui enlève ses vêtements et qu'on lui fait sa toilette de nuit. Elle monte alors dans le lit qu'on lui a préparé, comme si rien ne s'était passé. (*New-York medical Record*, 3 juillet 1875.)

Opiat pour pratiquer des embrocations sur le col utérin.

R. Poudre de tan.................. } Axonge.................... }	āā q.s.
Laudanum de Sydenham......	3 gr.
M. A. S.	

à placer sur le col dans les névralgies iléo-lombaires avec foyer utérin. L'application doit être renouvelée tous les deux jours, et l'on se trouvera bien de pratiquer tous les huit jours une forte cautérisation au nitrate d'argent sur le point douloureux du col. Celui-ci se trouve presque toujours sur la lèvre postérieure et plus à droite ou à gauche, suivant le côté atteint par la névralgie. (*Bordeaux médical*, 4 avril 1876.)

Nomination. — Nous sommes heureux d'annoncer que M. le Dr Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, vient d'être nommé récemment chevalier de la Légion d'Honneur. Nous ne pouvons qu'applaudir à une distinction si justement méritée.

Erratum. — Numéro d'avril, page 299, ligne 12, au lieu de : le 5 *juillet*, le toucher rectal, etc.; lisez : le 5 *août*.

— Le travail de M. Noeggerath, sur le toucher recto-vésical et vésico-vaginal, dont nous avons donné l'analyse dans notre numéro de mars, page 228, a été publié dans *The American Journal of Obstetric*, du mois de mai 1875.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Usage du cautère actuel pour pratiquer l'énucléation des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Robert GREENHALGH (*Obst. Journ.*, déc. 1875, p. 617).

Cas d'occlusion complète du vagin et rétention du flux menstruel consécutif à un avortement : Guérison après opération, par BRAXTON HICKS et GALABIN (*Obst. Journ.*, nov. 1875, p. 507).

De la membrane muqueuse du corps de l'utérus, par John WILLIAMS (*Obst. Journ.*, nov. 1875, p. 497).

Le secret médical devant les tribunaux, dans le cas de déclaration de naissance, par BERRUT (*Gaz. hôp.*, 1876, n° 12).

Accouchement compliqué par la présence d'un kyste dans le vagin, par le Dr SCHMELTZ (de Schlestadt) (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er décembre 1875).

Remarques sur les lésions inévitables de l'orifice du vagin et des parties situées au voisinage, par Matthews DUNCAN. (*Obst. Society of Edinburgh*, in *Obst. Journal*, avr 1 1876, p. 40.)

Tumeur dermoïde de l'ovaire, par le Dr FOULIS. (*Medico-chirurgical Society of Edinburgh*, in *Obstetrical Journal*, avril 1876. p. 31.)

Sur la méthode de Bozeman dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, par Ludwig BANDL (de Vienne). (*Obstetrical Journal*, avril 1876.)

Origine de la fièvre puerpérale, par CLAPPERTON. (*Obstetrical Journal*, avril 1876.)

Septicémie puerpérale, par Hugh MILLER. (*Obstetrical Journal*, avril 1876, p. 9.)

Du traitement de l'éclampsie puerpérale par le chloral, lettre du Dr LABORDE (de Magron). (*Bulletin de thérap.*, 15 février 1876.)

Métrite parenchymateuse chronique. — Première phase du cancer de l'utérus, par le Dr Alphonse GUÉRIN. — Leçon faite à l'Hôtel-Dieu. (*Gaz. des hôpitaux*, 1876, n° 32).

Polype fibreux de l'utérus, expulsion spontanée, par BERDINEL, interne des hôpitaux. (*Société anat.*, décembre 1875 ; *Progrès médic* 1876, p. 215.)

Eczéma intermittent ; dysménorrhée, par John WILLIAMS. (*Obstetrical journal*, février 1876, p. 729.)

Sur le poids des enfants nouveau-nés. (*Obst. Journal*, février 1876, p. 705.)

Sur la déchirure de l'utérus gravide, par Ahsburton THOMPSON. (*Obstetrical Journal*, janvier 1876, p. 633.)

Cas d'accouchement rendu difficile par une rigidité anormale de l'orifice, par George CALDERWOOD. (*Obstetrical Journal*, janvier 1876, p. 657.)

Cas de grossesse extra-utérine, par CULLINGWORTH. (*Obst. Journal*, janvier 1876, p. 629.)

Cas de grossesse dans lequel le cœur fœtal fut entendu de bonne heure, par UNDERHILL. (*Obst. Society of Edinburgh*, in *Obstetrical Journal*, novembre 1875, p. 529.)

Développement de kystes dans le stroma de l'ovaire, par FOULIS. (*Obst. Society of Edinburgh*, in *Obstetrical Journal*, novembre 1875, p. 527.)

Note sur la chute de l'œuf et de sa relation avec le moment de la menstruation, par John WILLIAMS. *The Royal Society*, in *The Obstetrical Journal*, décembre 1875, p. 620.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Traité clinique des maladies de l'utérus. par MM. DEMARQUAY et SAINT-VEL, avec figures dans le texte. — Delahaye, éditeur. Paris, 1876. Prix, 10 fr.

Du retrait de l'utérus après l'accouchement, par le Dr GARIPUY.

Conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne, lorsque la rétraction utérine empêche l'expulsion du fœtus, par le Dr LIZÉ (du Mans). (Extrait de la *Gazette obstétricale*, 5 mai 1876.)

Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris. — Répertoire de thérapeutique chirurgicale, par le Dr P. GILLETTE, chirurgien des hôpitaux. — J.-B. Beillière et fils, éditeurs. Paris, 1876.

A case in which syphilitic contagion was conveyed in the operation of vaccination with remarks upon the means of prevention, par le Dr R. W. TAYLOR. New-York, 1876.

A rare forme of idiopathie localized, or partial atrophy of the skin, par le Dr R. W. TAYLOR. New-York, 1876.

A contribution to the study of syphilis of the nervous system, par le Dr R. W. TAYLOR. New-York, 1876.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prnce, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA FISTULE RECTO-VAGINALE

Par M. le professeur Richet.

Leçon recueillie par **Maurice Longuet**, aide de clinique à l'Hôtel-Dieu
(22 janvier 1876).

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'une malade très-intéressante par la lésion qu'elle porte, lésion qui ne se rencontre pas très-souvent, mais qui a cependant provoqué bien des travaux de la part des chirurgiens anciens ou modernes. La fistule recto-vaginale, en effet, est un accident si difficile à traiter, qu'à une certaine époque les opérateurs renonçaient à en entreprendre la cure radicale. Aujourd'hui, on opère; mais l'opération est rangée parmi les plus délicates et les plus aléatoires, au point de vue du succès.

La malade que nous avons à soigner est une femme de 32 ans, d'une bonne santé habituelle, qui est accouchée pour la première fois il y a huit mois. Le travail a été assez prolongé. On a dû employer le forceps, les contractions utérines et abdo-

minales ne pouvant vaincre la résistance du périnée. Est-ce au long séjour de la tête dans le conduit vaginal, que doit être attribuée la fistule? est-ce plutôt à un accident tout spécial (1)? c'est ce que nous n'avons pas à préciser. Ce que nous savons, c'est que, moins de trois jours après sa délivrance, la malade sentit que les gaz et les matières fécales passaient par le vagin contre sa volonté. Depuis, l'orifice accidentel s'est rétréci et le passage des matières contenues dans le rectum est moins constant, mais l'état de la malade est encore très-pénible, aussi demande-t-elle instamment une opération. J'ai pensé qu'il était possible de tenter quelque chose avec certaines chances de succès; je vais donc l'opérer aujourd'hui.

Cette femme se trouve du reste dans des conditions assez favorables. Quand on l'examine, on voit que le périnée est bien conformé, qu'il est intact et très-souple. On serait même disposé à croire tout d'abord qu'il n'existe pas de lésion et l'on pourrait se demander comment l'accident a pu se produire. Cet état particulier de la région reconnaît pour cause l'excellence du premier traitement dirigé contre la déchirure, aussitôt après l'accouchement. Mais quand on abaisse la fourchette vulvaire, la vue et le toucher vaginal permettent de constater l'existence d'une fente longitudinale qui occupe exactement le milieu de la cloison recto-vaginale. Cette fente a environ 3 centimètres de longueur; elle est limitée par deux bords épais, saillants et de couleur franchement rosée; elle est très-facilement franchissable par le doigt qui passe directement à travers elle, du vagin dans le rectum; elle est située à 3 ou 4 centimètres au-dessus du sphincter anal qui ne paraît pas être intéressé.

L'épaisseur des lèvres de la fistule n'est pas ordinaire. Habituellement en effet, on trouve que les bords fistulaires sont très-amincis; dans le cas actuel, je le répète, ils sont épais. Si j'insiste sur ce point, c'est qu'il est d'une certaine impor-

(1) Le confrère qui a envoyé la malade à l'Hôtel-Dieu nous a dit depuis que le bras de l'enfant étant venu avec la tête, a perforé la cloison recto-vaginale, et que l'accoucheur a dû agrandir l'ouverture avec des ciseaux pour dégager le membre procident.

tance, au point de vue du manuel opératoire; car, l'étoffe ne manquera pas quand nous aurons à faire la suture, et c'est là une condition très-favorable.

Pour bien voir la fistule et en apprécier toutes les particularités, il faut abaisser la commissure périnéale en arrière et à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, il faut inversement élever en avant la paroi antérieure du vagin. On pourra, de cette façon, reconnaître parfaitement sa situation, son étendue, sa forme, etc.

Au premier abord, semblable fistule paraît facile à guérir et il semble que le chirurgien n'ait que peu de chose à faire. Malheureusement, Messieurs, il n'en est rien; et peut-être n'existe-t-il pas d'opération plus chanceuse et qui offre moins de certitude de succès. C'est au point que les hommes les plus autorisés, les opérateurs les plus versés dans la pratique des autoplasties, Jobert, Nélaton, par exemple, avaient fini, au déclin de leur carrière, par renoncer à l'exécuter. Et je pourrais vous citer l'histoire d'une dame qui a été successivement opérée par les deux chirurgiens dont je viens de citer le nom et par moi-même et qui n'est pas guérie.

La fistule recto-vaginale est donc une infirmité très-grave et très-sérieuse. Pourquoi?

Quand on compare la fistule recto-vaginale, quelle que soit son peu d'étendue avec les grandes déchirures du périnée, on voit que ces déchirures guérissent, tandis que les fistules ne guérissent pas.

La raison doit en être cherchée dans la disposition anatomique et dans les propriétés physiologiques des parties qui composent la région. Posons d'abord en principe que l'obstacle à la guérison ne vient pas du côté du vagin, mais bien du côté du rectum. Dans ces deux canaux, les matières sécrétées ou digérées forment deux courants qui vont dans le même sens de l'intérieur à l'extérieur. Au niveau de la fistule, ces deux courants se dévient réciproquement; celui qui est formé par les liquides utéro-vaginaux tend à pénétrer dans le rectum, celui qui est formé par les gaz et les matières intestinales cherche à s'échapper dans le vagin. Mais il existe une bien grande différence

dans la composition, la quantité, les propriétés nuisibles de ces deux veines fluides. L'une, la vaginale, est presque nulle et constituée par du mucus et du sang, l'autre, la rectale, considérable, est produite incessamment et est constituée par des substances dont le contact avec les plaies a les plus tristes effets. De plus, tandis que l'issue de la première n'est gênée en rien dans sa sortie de la cavité naturelle, l'autre, au contraire, est empêchée par la résistance considérable et instinctive du sphincter anal qui la refoule même en haut par ses contractions spasmodiques.

A l'état normal, en effet, le sphincter de l'anus est toujours exactement fermé et ne *s'ouvre même pas sous l'influence unique de la volonté;* pour que ses fibres se relâchent, il faut qu'elles soient sollicitées par une sensation spéciale que produit sur la muqueuse une pression plus ou moins énergique exercée soit par les matières fécales, soit surtout par les gaz. Cette pression, dis-je, doit être parfois fort énergique; vous en avez la preuve dans les cas de dysentérie ou de simple diarrhée, cas dans lesquels la tension gazeuse est telle, qu'elle peut déterminer les douleurs atroces qui sont désignées sous le nom de coliques, et qu'elle chasse avec violence les matières liquides ou même solides contenues dans la portion inférieure du rectum.

Or cette tension gazeuse s'exerçant tout le long de l'intestin, il est bien évident que s'il existe sur le pourtour du tube, un point moins résistant ou mieux encore une ouverture non contractile, les gaz se précipiteront par cette ouverture, sans essayer de forcer la barrière sphinctérienne de l'anus. C'est ce qui se passe dans les cas de fistule recto-vaginale avant l'opération ; et c'est encore à cela qu'il faut attribuer la déchirure des sutures après l'opération.

Veuillez en effet réfléchir aux conditions dans lesquelles se trouvent les diverses parties après l'opération de la fistule, que je suppose aussi bien réunie que faire se pourra. Vous avez purgé votre malade, la veille ou le matin même du jour où elle subit l'opération; vous la constiperez ensuite à l'aide de l'opium; vous ne lui donnerez qu'une quantité très-minime d'aliments soigneusement choisis; vous êtes donc en droit d'espérer que

les matières fécales ne se formeront pas ou n'auront aucune tendance à essayer de sortir. Cela est vrai. Mais les gaz? Comment parviendrez-vous à empêcher leur production ; et surtout comment vous opposerez-vous à leur sortie? Loin d'y parvenir, il semble que la constipation les fasse se multiplier. Ils arrivent alors dans le rectum et font effort par leur expansion sur toute la paroi rectale. Si la malade veille, à l'aide de quelque artifice elle facilitera leur sortie par l'anus ; mais si elle est plongée dans le sommeil, la colonne gazeuse plutôt que de vaincre la résistance du sphincter, triomphera de la résistance de la suture et s'échappera subtilement dans les intervalles qui séparent les points de suture. Dès que le gaz aura passé, la guérison est compromise et vous pouvez être certain que la réunion immédiate ne se fera pas.

En résumé donc, l'obstacle principal à la réussite des opérations de fistule recto-vaginale, c'est l'existence des gaz intestinaux, puis des matières fécales liquides et des humidités rectales. A la rigueur, vous pouvez agir sur les dernières, vous pouvez durcir les fèces en constipant votre opérée, arrêter la sécrétion muqueuse, à l'aide de topiques astringents, mais vous ne pouvez rien contre la sécrétion gazeuse. Que faire alors? Eh bien, Messieurs, il faut tourner la difficulté, et si vous êtes sans ressources, en présence de la formation des gaz, cherchez à faciliter leur écoulement rapide. C'est à cela qu'ont tendu tous mes efforts et ceux des chirurgiens qui comme moi ont signalé la cause de ces insuccés opératoires si pénibles pour les malades.

On a imaginé, pour remplir l'indication, de placer dans le rectum des canules de forme et de nature diverses, des tubes droits ou recourbés, en métal, en caoutchouc ou en ivoire, des ampoules (ampoule de Nélaton), des olives creuses. Malheureusement aucun de ces appareils ne peut être toléré plus de quelques instants. Bien plus, par leur présence, ils excitent la contractilité des sphincters et dès lors vont tout à l'encontre du but dans lequel on les emploie.

C'est alors que, dans l'impossibilité ou j'étais de faire autrement, je proposai carrément d'attaquer l'obstacle lui-même et

que je conseillai de rompre le sphincter anal, soit en le coupant sur un point quelconque du pourtour de l'anus, soit en divisant le périnée au niveau de la fistule, transformant ainsi la fissure recto-vaginale en une déchirure complète du périnée.

Ce fut en 1867, à l'Hôtel-Dieu, que je mis en usage, pour la première fois, le procédé que j'avais conseillé et qui tout d'abord n'avait pas été très-bien accueilli. Il s'agissait d'une malade qui, à la suite d'un accouchement laborieux, avait eu une fistule recto-vaginale. La fourchette vulvaire était déchirée, la solution de continuité dans la cloison était située très-bas, mais le sphincter anal était complètement intact. Je n'hésitai pas à trancher d'un coup de ciseaux ce sphincter et à transformer la fistule en déchirure complète du périnée et de la cloison. Après la suture, la réunion se fit très-facilement et j'obtins un véritable succès qui fut cependant un peu retardé par la persistance d'une petite fistulette à la partie supérieure du périnée, laquelle fistulette, je dois le dire, se ferma spontanément après quelques cautérisations au nitrate d'argent. Vous trouverez l'observation détaillée de cette malade dans la thèse d'un de mes internes d'alors, M. Serres, qui en fit le sujet d'une excellente monographie.

Depuis, j'ai encore eu l'occasion d'opérer d'une fistule recto-vaginale la femme d'un de nos confrères. Chez cette dame je ne voulus pas sectionner le sphincter, mais je le dilatai brusquement comme je le fais pour la cure des fissures à l'anus. L'opération a réussi d'emblée, car la malade ne pouvait retenir ni les gaz ni les matières fécales liquides. J'ajoute que cette incontinence fut passagère et disparut après la guérison.

C'est donc à la section du sphincter ou à sa brisure par la dilatation forcée, selon les cas, que je me rattache comme au meilleur moyen de lutter contre la présence des gaz et des humidités stercorales. Je pense être le premier qui ait proposé et appliqué cette méthode décrite et discutée tout au long dans la thèse de M. Serres : il paraît cependant qu'un auteur allemand aurait eu de son côté la même idée, mais j'ignore s'il l'a mise en pratique. En tout cas, je ne tiens pas à la priorité : la mé-

thode est bonne puisqu'elle réussit, je vous conseille donc fermement de l'employer.

Je vais la mettre à exécution sous vos yeux en procédant de la façon suivante.

1° Je commencerai par une opération préliminaire qui consistera, la malade étant complètement chloroformée, à faire la dilatation forcée de l'anus. Il est nécessaire de briser le sphincter avant de pratiquer la suture de la cloison dans la crainte de déchirer les tissus réunis par les fils.

2° Puis je ferai l'opération définitive dont le premier temps sera l'avivement. Pour ce premier temps, il est une précaution à prendre que je regarde comme essentielle et que je vous recommande bien de ne pas oublier. Au lieu d'aviver directement sur les bords, comme cela se pratique dans tous les procédés d'autoplastie, je ferai la cruentation en me tenant à 1 ou 2 centimètres en dehors des bords, de façon à produire une plaie périfistulaire. Mes lambeaux seront larges, ils comprendront la plus grande partie de la muqueuse vaginale, mais ils n'atteindront pas la face profonde de la muqueuse rectale. Cela fait, je réunirai avec des points de suture métallique très-rapprochés (2e temps). Les fils devront être placés de haut en bas en commençant par l'angle supérieur, et prendre le plus de muqueuse vaginale possible. Enfin, il passeront au devant des bords de la fistule de telle façon que ces bords soient rejetés vers le rectum dès que l'affrontement aura été solidement et fortement effectué.

J'attache une certaine importance à cette petite manœuvre d'où résulte une disposition particulière de la muqueuse rectale, disposition qui consiste en l'existence d'une sorte de crête saillante du côté de cette muqueuse. Les humidités stercorales passent de chaque côté de cette crête et par conséquent n'ont aucune tendance à s'y insinuer. Il en est de même pour les gaz.

3° La malade, qui du reste est déjà préparée et purgée, sera soumise à un régime sévère et sera constipée à l'aide des préparations d'opium.

J'espère qu'ainsi conduite, cette opération réussira (1) et que nous aurons un succès de plus à enregistrer. Or, comme je vous le disais au début do cette leçon, les succès sont rares dans ces cas. M. Gosselin, avec qui je me suis entretenu de ce sujet, m'a dit qu'il renonçait maintenant à opérer ces sortes de fistules. Je sais que M. Verneuil a eu des revers. D'autre part, M. Redard,

---

(1) L'opéraion, en effet, a presque complètement réussi. Voici, d'après les notes qui m'ont été communiquées avec beaucoup d'obligeance par M. Ramonède, interne du service, le résumé de l'observation prise pendant les jours qui ont suivi :

22 janvier, au soir, jour de l'opération, un peu de fièvre. Pas d'accident à noter. Etat général parfait.

Le 23. La malade dit avoir senti un gaz passer par le vagin ; mais il y a eu erreur de sensation. La fistule est restée imperméable. Pas d'envie d'aller à la garde-robe.

Le 25. Tout va bien. Pas d'évacuations alvines. Les gaz sortent facilement par l'anus.

Le 27. Les fils ont légèrement ulcéré la fourchette vulvaire par leur pression; ils sont dirigés en haut vers le méat urinaire.

Le 28. Un des fils tombe spontanément. On enleve tous les autres (6 jours), Quelques gouttes de sang s'échappent des trous, mais la suture tient parfaitement bien sur toute sa longueur.

Le 30. Le besoin de la défécation commence à se faire vivement sentir.

Le 31. Les règles arrivent le matin pendant la visite ; elles sont en avance de plusieurs jours.

3 février. La malade n'est pas encore allée à la selle (12 jours de constipation); on lui donne un lavement et une potion contenant 20 grammes d'huile de ricin. Dans la soirée, débâcle violente.

Le 4. La suture a cédé en partie sous l'effort considérable d'expulsion des fèces, et il s'est fait un petit pertuis à l'angle inférieur de la fistule. Mais le diamètre de ce pertuis est à peine capable de laisser passer le bout arrondi d'un stylet de trousse.

Le 9. La petite fistule est cautérisée au nitrate d'argent : aucune matière ne passe à travers.

Le 12. La malade veut absolument sortir de l'hôpital : elle est enchantée du résultat de l'opération. La fistulette s'est plutôt un peu agrandie ; aussi, si elle ne se rétrécit pas nettement, se propose-t-on de la cautériser d'une autre façon.

Le 20. L'opérée revient se présenter à la clinique. Le pertuis persiste ; on le traverse avec une sonde cannelée rougie au feu.

Depuis cette dernière cautérisation, le pertuis s'est insensiblement fermé, et la malade sollicitée de venir se représenter à l'hôpital, écrit le 24 avril à M. Richet qu'elle est complètement guérie, et que ce déplacement lui étant très-pénible à cause des élèves, elle ira se présenter à la consultation de son cabinet, ce qu'elle a fait, et M. Richet a pu constater sa guérison.

mon interne actuel, m'a appris que Demarquay avait réussi une fois en employant mon procédé. Malgré tout, pour le cas actuel, j'ai bon espoir.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'AVORTEMENT SPONTANÉ DANS LES PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE. — IMPORTANCE MÉDICO-LÉGALE DE L'INTÉGRITÉ DES MEMBRANES.

Par le Dr A. Leblond.

Nous avons cherché à démontrer, il y a quelques mois, que l'avortement spontané qui survient dans les trois premiers mois de la grossesse se fait habituellement en bloc, c'est-à-dire que le fœtus est expulsé entouré de ses membranes intactes (1).

Depuis que nous avons publié notre travail, cinq nouveaux faits d'avortement spontané sont parvenus à notre connaissance: deux nous ont été comuniqués par M. le Dr Tison. Le troisième se trouve consigné dans un travail publié récemment par M. le Dr Ancelet (2). Le quatrième nous est personnel et le cinquième nous est fourni par M. le Dr Laville (de Gayac). De ces cinq faits, quatre sont conformes à notre manière de voir, tandis que le cinquième lui est opposé. Nous allons faire connaître ces faits et nous verrons si nous devons maintenir les conclusions que nous avons formulées.

Obs. I (communiquée par M. le Dr Tison).

Avortement spontané à cinq semaines de grossesse ; expulsion en bloc du produit de la conception.

Mme B..., âgée de 35 ans, a mené à bonne fin quatre grossesses successives, dont les enfants sont vivants à l'exception d'une petite fille morte d'une méningite tuberculeuse. Ces enfants, ainsi que leurs parents, sont d'une constitution délicate. La mère a eu beaucoup de peine à se remettre de l'allaitement de son dernier enfant, et elle était devenue passablement anémique dans ces derniers temps; tou-

---

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, numéro d'août 1875.

(2) *De la môle hydatoïde* (voir *Annales de Gynécologie*, février 1876, p. 82).

tefois ses règles vinrent régulièrement les premiers jours d'octobre 1875, selon l'habitude ordinaire. Au mois de *novembre*, elles manquèrent, et Mme B. ne tarda pas à ressentir un peu de malaise et des douleurs abdominales. Consulté à ce sujet, je soupçonnai un début de grossesse, et je remarquai en même temps que Mme B. avait mauvaise mine, le teint et surtout les sclérotiques plus jaunes que d'habitude, car elle avait eu un ictère dans le courant de l'été. Le dimanche 21 novembre, Mme B., que je vis le soir à l'occasion de son enfant atteint de laryngite, ne se plaignait en aucune façon; elle rentrait d'une promenade qui ne l'avait nullement fatiguée. Le lendemain matin, en allant voir son enfant, je trouvai Mme B. couchée et le teint pâle. Elle me raconte alors que, pendant la nuit, en urinant, elle avait rendu des caillots et une certaine quantité de sang, qu'elle évalua à plus d'un litre. En pressant les interrogations, j'appris alors que, quelques jours auparavant, elle avait ressenti des douleurs abdominales et qu'elle avait perdu un peu de sang. Elle n'y avait pas fait autrement attention, croyant à un retour un peu tardif de ses règles. Au toucher le vagin était rempli de caillots, le col de l'utérus était entr'ouvert et un caillot y était engagé. De temps en temps Mme B. sentait son ventre se durcir. Par le palper abdominal, on sentait une tumeur bosselée, plus longue dans le sens transversal que dans le sens longitudinal. Je prescris les soins hygiéniques et la situation horizontale, la tête basse et un oreiller sous le siége. Environ deux heures après, Mme B. eut une syncope qui n'eut pas de suite, en même temps que des contractions utérines qui expulsèrent plusieurs caillots. C'est dans l'un d'eux que je trouvai l'œuf qui est dans la fiole et sur les parois duquel on voit encore un lambeau de la muqueuse utérine. L'écoulement sanguin, qui avait continué jusque-là, cessa et fit place à un suintage séro-sanguinolent peu abondant, qui, les jours suivants, acquit une odeur un peu fétide. Voilà huit jours que l'avortement a eu lieu, Mme B. ne ressent plus aucune douleur ; aujourd'hui matin elle ne perdait plus, seulement elle est assez constipée ; et hier un lavement avec 15 grammes de sulfate de soude n'a eu aucun effet. Disons en terminant que Mme B. est une excellente mère de famille, et il n'y a aucun doute pour nous que l'avortement ait eu lieu spontanément.

Ce fait n'a pas besoin de commentaires bien longs : c'est un cas d'avortement classique, en tout point semblable à ceux que nous avons précédemment rapportés.

Obs. II (communiquée par le Dr Tison).

Avortement spontané à six semaines ; expulsion en bloc du produit de la conception.

Vers la fin de l'année 1874, je fus consulté, dit M. le Dr Tison,

par une jeune dame de 23 ans qui, après une hémorrhagie utérine assez abondante, avait expulsé un œuf complet, d'environ six semaines, avec les membranes entourées de villosités. Environ trente heures après, elle fut prise de nouveau de contractions utérines et expulsa toute la membrane caduque, phénomène assez rare, disent les auteurs. Comme dans l'observation précédente, rien ne m'autorise à penser qu'il y ait eu aucune manœuvre en vue de provoquer l'avortement; tout au contraire, la jeune dame, nouvellement mariée, étant très-désireuse de devenir mère.

La troisième observation que nous allons faire connaître appartient à M. le Dr Ancelet et se trouve consignée dans son travail sur la môle hydatoïde que nous avons publié récemment dans ce recueil. Nous ne rapporterons de cette observation que la partie qui nous intéresse plus particulièrement.

Observation III.

Avortement spontané; expulsion en bloc d'un œuf de six semaines.

En février 1866, Mme P..., de Nanteuil-la-Fosse (Aisne), âgée de 38 ans, était enceinte pour la quatrième fois. Six semaines après, c'est-à-dire vers la fin de mars, sans cause appréciable, elle fit une fausse couche qui s'accompagna d'une hémorrhagie peu abondante, et la malade fut bientôt rétablie.

Éloigné alors de sa clientèle, M. le Dr Ancelet, qui rapporte le fait, ne put voir le produit de l'avortement, mais le mari, instituteur très-intelligent, qu'il interrogea de façon à ne pas dicter ses réponses, lui exposa avec une grande netteté que la pièce expulsée avait la forme et le volume d'un œuf de poule à parois transparentes, laissant voir dans sa cavité un embryon encore mal formé, long d'un pouce environ. Ainsi, l'état de l'œuf concordait avec l'âge qui lui était assigné.

Nous allons maintenant rapporter le quatrième fait, qui nous est personnel et que nous avons eu l'occasion d'observer tout récemment.

Observation IV (personnelle).

Avortement spontané à deux mois et demi, expulsion du fœtus entouré de la membrane amniotique restée intacte.

Mme F...., demeurant rue du Faubourg-Poissonnière, 79, est âgée de 27 ans, elle a eu une première grossesse, il y a deux ans, qui est parvenue à terme et qui n'a présenté aucune complication.

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, février 1876, p. 82.

Mme F..., bien réglée habituellement et d'une bonne santé, a eu ses dernières règles le 6 mars de cette année. Depuis lors, il y a eu quelques nausées et même quelques vomissements, sensation de pesanteur à l'hypogastre, picotements dans les seins. Il existait aussi une leucorrhée assez abondante. Mme F... est venue me consulter dans le courant d'avril, j'ai alors trouvé le col légèrement augmenté de volume. La pression sur le col était un peu douloureuse, et il existait une petite érosion au pourtour de l'orifice du museau de tanche. A cause du retard qui existait et des divers symptômes accusés par ma cliente, je pensai immédiatement que nous étions au début d'une grossesse; aussi me contentai-je d'instituer un traitement peu actif: quelques grands bains, quelques injections détersives. Je touchai l'ulcération du col à deux ou trois reprises différentes, à l'aide d'un pinceau imbibé de teinture d'iode.

J'avais cessé de voir Mme F... depuis plus d'un mois, quand je fus mandé chez elle, en toute hate, ce matin (9 juin).

Mme F... me raconta alors qu'elle avait fait, il y a environ un mois, une promenade assez longue à la campagne, ayant déterminé une certaine fatigue, et que quelques jours après il était survenu un léger écoulement sanguinolent qui, du reste, n'avait pas eu de suite.

Hier toute la journée, sans qu'il soit possible d'en déterminer la cause, ma cliente éprouva des douleurs intenses vers la région sacrée, et le soir, vers minuit, elle fut prise de douleurs hypogastriques qui se reproduisaient à des intervalles de temps assez réguliers et qui, ayant continué toute la nuit, déterminèrent, vers 6 heures du matin, l'expulsion du produit de la conception. Lorsque j'arrivai chez la malade, à 6 heures et demie, je trouvai le produit expulsé depuis une demi-heure et resté entre les jambes de la patiente, dans les linges qui garnissaient le lit.

Le produit recueilli est formé d'un fœtus présentant 8 centimètres (dimensions prises du sommet de la tête à l'extrémité du tronc), et entouré d'une membrane très-mince et tellement transparente qu'il était possible de distinguer parfaitement les divers détails de la surface du petit fœtus; cette membrane, qui ne présentait aucune solution de continuité, contenait une certaine quantité de liquide amniotique. Cette membrane, lisse sur toute sa surface, est formée par la membrane amniotique détachée du chorion. Le cordon ombilical est rompu juste à son point d'insertion au placenta, comme il a été facile de le reconnaître sur le placenta qui fut extrait quelques instants plus tard.

La rupture du cordon, juste au niveau de l'insertion placentaire, nous explique l'intégrité de la membrane amniotique.

La pièce fut présentée aujourd'hui à la Société anatomique, qui put constater l'intégrité parfaite de la membrane.

Quant au placenta, il fut extrait avec une certaine difficulté ; une fraction du tissu était engagée dans col, tandis que le reste était tombé dans le vagin. La partie tombée dans le vagin fut extraite à l'aide de deux doigts, mais le placenta s'étant déchiré, une portion resta dans la cavité utérine et ne put être extraite que quelques heures plus tard. L'index porté profondément dans la cavité utérine rencontrait encore une portion saillante, mais qui me parut être la point d'insertion du placenta.

Je termine ici cette observation, me réservant de publier plus tard les particularités cliniques qu'elle pourra présenter.

L'observation précédente présente un grand intérêt au point de vue de l'opinion que nous défendons. En effet, à cause de la minceur considérable de la membrane d'enveloppe, il est tout à fait extraordinaire que cette membrane ne se soit pas rompue sous l'influence des contractions utérines. Mais cette minceur même des parois est un argument de plus en faveur de la thèse que nous soutenons. Car s'il est admis qu'une membrane aussi mince que la membrane amniotique est susceptible de résister à la pression des contractions utérines, on doit en conclure *a fortiori* que cette même membrane doublée du chorion sera plus résistante encore.

La cinquième observation que nous allons rapporter nous est fournie par le Dr Laville (de Gayac). Elle est, comme nous allons le voir, en opposition, plutôt apparente que réelle, avec la thèse que nous soutenons.

Obs. V (communiquée par M. le Dr Laville (de Gayac).

Avortement spontané à deux mois ; ruptures des membranes.

Mme F... (Berthe), âgée de 23 ans, d'un tempérament chloro-anémique, mariée depuis deux ans. Elle devint enceinte, une première fois, en septembre 1874 ; durant sa grossesse et au mois de février suivant, elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde dont la durée fut d'un mois. Elle porta, néanmoins, son enfant au terme normal, et le 5 juin 1875, elle accouchait d'un enfant débile, qui ne vécut que quelques heures.

Les relevailles furent normales, et un mois après elle avait repris son genre de vie habituel. Le 21 février 1876, elle eut ses règles pour la dernière fois.

Le 29 avril, au moment où elle était à la garde-robe, elle ressentit une vive douleur dans le ventre ; dans la journée, apparut un écou-

lement de sang qui se prolongea durant vingt-quatre heures, sans douleurs et peu abondant.

Le 3 mai, sur les indications de la sage-femme, elle pratiqua une injection avec une légère décoction de feuilles de noyer, à la suite de laquelle apparut un léger suintement sanguin qui dura trois jours.

Le 12, nouvelle hémorrhagie, sans caractère sérieux, s'accompagnant, toutefois, de douleurs revenant à intervalles assez éloignés ; l'écoulement persista jusqu'au 17.

Dans la nuit du 17 au 18, époque à laquelle je fus appelé, elle fut prise de douleurs violentes et sentit un liquide brûlant s'échapper brusquement des parties génitales; elle crut à un redoublement de perte sanguine; son mari regarda aussitôt et vit les linges, destinés à la garnir, imbibés d'un liquide légèrement rosé. Peu de temps après, elle est prise de besoin d'aller à la garde-robe; le bassin lui est passé, et loin de recevoir des matières fécales, c'est le produit de la conception que ce bassin reçoit.

Ils m'ont affirmé (et ils n'avaient aucun intérêt à me tromper) qu'ils n'avaient rien touché et que le bassin se présentait à mes yeux tel qu'il avait été sorti de sous le siége de la malade.

Examen du produit expulsé:

Le bassin contient quelques cuillérées d'un sang pur et fluide, quelques petits caillots; un embryon dont le cordon a été rompu à quelques millimètres de son insertion abdominale, dégagé de ses enveloppes, gisant à 5 ou 6 centimètres des membranes; il mesure 0,033mm (1); ses téguments sont minces et pâles, la tête est nettement séparée du tronc; le pavillon de l'oreille et la paupière supérieure commencent à se développer; la verge ou le clitoris est apparent (à l'examen sous l'eau); les doigts des mains et des pieds sont parfaitement distincts.

Le placenta, auquel adhère un petit cordon de 3 centimètres de longeur, n'est pas encore entièrement limité; ses bords vont en s'amincissant et finissent par se confondre avec les membranes d'enveloppe; à son centre, il présente une épaisseur de 1 centimètre et plusieurs noyaux apoplectiques dans son tissu: leur grosseur varie entre celle d'un haricot et celle d'une tête d'épingle.

Les membranes, d'un tissu friable, quoique assez épais, portent une fente à laquelle je n'assignerai pas de limites, car l'examen l'a certainement amplifiée; il n'est pas moins constant que sa production est antérieure à l'examen et qu'elle est spontanée, car les membranes de l'œuf et l'embryon ont été isolément expulsés.

---

(1) La mensuration porte de l'extrémité de la tête au bas du siége.

Le fait que M. le Dr Laville vient de nous comuniquer est bien, en effet, un cas d'avortement spontané des premiers mois de la grossesse avec rupture préalable des membranes. Mais il est un point sur lequel nous allons appeler l'attention de M. Laville, qui nous a fait connaître ce fait comme contradictoire à la manière de voir que nous avons défendue : c'est l'altération des membranes de l'œuf qui pour nous est d'une importance capitale. L'auteur de l'observation nous dit que le placenta contenait dans son épaisseur plusieurs noyaux apoplectiques, et plus loin que les membranes étaient friables. Cette altération des membranes, à la vérité peu considérable, nous semble cependant évidente et doit nous expliquer leur rupture sous l'influence des contractions utérines.

Dans le travail que nous avons publié, nous avons attribué une importance considérable à cette altération des membranes, et nous avons été amené à conclure que, lorsque les membranes présentent des altérations, leur rupture est la règle, tandis qu'au contraire, quand elles sont saines, leur résistance est suffisante pour les empêcher de se déchirer sous l'influence de la pression du muscle utérin.

Mais, en supposant même que ces membranes aient été tout à fait intactes, ce n'est pas une raison, ce nous semble, pour repousser, quant à présent, l'opinion que nous avons défendue.

Lorsque nous avons publié notre travail, nous n'avons pas eu l'intention de soutenir que toujours l'avortement spontané avait lieu en bloc, sachant bien qu'on avait déjà recueilli des exemples d'avortement spontané avec déchirure des membranes, et persuadé que nous en rencontrerions de nouveaux cas; nous avons seulement voulu indiquer ce qui était la règle générale, sachant bien que cette règle était sujette à des exceptions.

Le fait très-intéressant que nous a communiqué M. le Dr Laville nous montre avec quelle réserve le médecin légiste, chargé de faire un rapport sur un cas d'avortement, doit se prononcer. Il indique que le fait de la rupture des membranes ne doit pas faire conclure nécessairement qu'un avortement a été provoqué. Selon nous, cette rupture, lorsque les membranes sont saines,

doit porter à soupçonner un avortement criminel, mais non à l'affirmer. Le médecin légiste doit alors s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour éviter l'erreur, et c'est avant tout la moralité de la personne en cause et les circonstances dans lesquelles l'avortement s'est produit, qui permettront à l'expert de se former un jugement.

Il est bien certain que, s'il se trouve en face d'une femme honorable et dont la bonne foi ne peut être suspectée, il a de grandes présomptions pour croire que l'avortement a été spontané. Si, au contraire, il a à examiner une femme dont la moralité est douteuse et que la connaissance de certaines manœuvres le portent à supposer que l'avortement a été provoqué, la rupture des membranes viendra augmenter ses doutes et lui permettre d'affirmer qu'une main criminelle a déterminé l'expulsion du fœtus.

La rupture des membranes ne doit donc, selon nous, amener le médecin légiste à répondre affirmativement que quand déjà il a toutes raisons de croire qu'une main criminelle a porté dans l'utérus une sonde, ou l'un des divers instruments employés par les industriels qui se livrent à la pratique régulière des avortements.

Si, maintenant, nous additionnons les cinq nouveaux cas que nous venons de publier avec les onze observations consignées dans notre travail inséré précédemment dans ce recueil (1), nous obtenons un total de 16 cas d'avortement spontané. Sur ces 16 cas, 15 viennent confirmer notre opinion, un seul lui est contraire. Serions-nous tombé sur une série heureuse au point de vue de l'opinion que nous avons émise? Nous ne le pensons pas. Nous savons bien qu'il nous faudrait un beaucoup plus grand nombre de cas, pour répondre victorieusement à ceux qui attaqueront notre manière de voir. Mais nous comptons que les faits se multiplieront et permettront de former, un jour, une statistique susceptible d'éclairer la question.

Nous rappellerons en terminant cette courte note, la conclu-

---

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, numéro d'août 1875.

sion de notre précédent travail pour bien montrer que nous n'avons rien à retrancher de ce que nous avons déjà indiqué :

« Dans l'avortement spontané des premiers mois de la gros-« sesse, lorsque les membranes sont rompues, mais lorsqu'elles « sont saines, on doit en conclure que *très-probablement* l'avor-« tement a été provoqué. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES JUMEAUX

Par le Dr E. Ahlfeld (1).

Traduction par MM. les Drs L.-E. DUPUY et A. PUECH.

(Suite et fin.) (2).

La première question soulevée par les faits qui précèdent est la suivante :

Dans quelle mesure les tumeurs décrites sous le nom d'*épignathes* doivent-elle être considérées comme un deuxième fœtus?

Les tumeurs congénitales du siége avec lesquelles les tumeurs épignathiques offrent de nombreux points de contact et parfois même une véritable identité sont d'origine variée; les unes sont de véritables hernies de la moelle épinière, les autres du sac d'hydrorachis ; les unes des dégénérescences de la glande coccygienne découverte par Luschka, les autres des produits de nouvelle formation alors que d'autres sont les résultats d'une véritable inclusion fœtale. Tous les anatomo-pathologistes qui ont agité ce thème se sont accordés à reconnaître les difficultés

---

(1) A raison du caractère peu pratique du sujet, nous nous sommes attaché à résumer la suite de cet article. A. P.

(2) Extrait des *Archiv. für Gynækologie*, t. VI, fasc. 2. (Voir les *Annales de gynécologie*, t. III, p. 369, t. IV, p. 344 et t. V, p. 104.)

présentées par le diagnostic différentiel, quand on veut distinguer les inclusions fœtales des tumeurs de nouvelle formation, et ces difficultés se retrouvent quand on veut établir la même distinction entre les tumeurs buccales.

Ces tumeurs n'ont point le même point d'implantation : tantôt le pédicule est inséré dans la cavité buccale, tantôt dans la cavité rachidienne, tantôt à la partie inférieure de la base du crâne ou même à la selle turcique. Evidemment ces derniers exemples se rattachent aux hernies cérébrales et ce ne serait que par une extension erronée qu'elles pourraient être taxées d'épignathes. Sans doute le cas de Virchow rapporté ci-dessus offre un aspect tout à fait analogue à celui offert par les épignathes, et cependant il doit être tout autrement interprété. Evidemment c'est là une véritable hernie cérébrale.

En second lieu, les tumeurs gélatineuses de la base du crâne peuvent s'accroître dans la cavité buccale, mais les plus volumineuses d'entre elles sont si infiniment petites, comparées aux tumeurs épignathiques proprement dites, qu'une confusion est vraiment impossible. Au reste, leur tissu est si mou et si délicat qu'elles ne sauraient exercer une influence nuisible sur les parties avoisinantes.

A raison de l'analogie établie entre la glande coccygienne et la glande pituitaire, on a voulu placer le point de départ de l'épignathisme dans le développement de cette dernière, mais cette assertion est tout à fait gratuite. Non-seulement l'analogie établie est erronée, mais encore les dégénérescences kystiques de la glande pituitaire paraissent exercer une médiocre influence sur la clôture de la base du crâne.

Le rôle attribué à l'hypophyse par Rindfleisch (*Virchow's Arch.*, t. XXX, p. 416), quelque étendu qu'il soit, n'est pas davantage justifié et est dans l'espèce formellement contredit par l'examen des faits. Dans 23 des 26 observations, l'hypophyse est intacte, la base du crâne non anormalement perforée et la tumeur s'est développée exclusivement en bas; dans 3 seulement, des parties de la tumeur se sont accrues vers le cerveau, mais la partie principale s'est développée vers la cavité buccale.

Le processus de la tumeur épignathique aurait donc lieu de

la cavité buccale vers la cavité crânienne, et ce processus est rendu plus vraisemblable encore par la manière dont elle envahit la cavité nasale et sort par les narines sous forme de polype.

Enfin, si l'on réfléchit combien, chez le nouveau-né, sont infiniment rares les produits de nouvelle formation de volume quelque peu considérable, on sera autorisé à conclure que les tumeurs complexes qui sortent de la bouche dans le cas où elles ne sont pas le fait d'une hernie cérébrale, doivent dériver d'un second fœtus alors même qu'on ne trouve dans celle-ci aucune partie qui permette d'affirmer l'existence de ce second fœtus.

Je passe maintenant à l'examen de la question suivante: Est-il possible qu'un produit fœtal soit dégénéré de telle façon qu'il représente des tumeurs analogues à celles décrites sous le nom d'*épignathes* et des *tumeurs du siége?*

Parmi les monstruosités du corps fœtal, celles qui amènent les plus grands changements dans la manière d'être et la structure des parties sont sans contredit les amorphes de la classe des acardiaques. Nous savons que ceux-ci naissent dans un état tellement informe que s'ils n'étaient pas accompagnés d'un autre fœtus, on pourrait très-bien nier leur origine fœtale. J'ai vu moi-même un acardiaque dont la description a été donnée par Elb dans sa thèse (*Ueber einen Fall. v. herzloser Missgeburt;* Leipzig, 1869) et par Credé (*Monatss. f. Geburtsk.*, t. XXXIII, p. 416), qui se réduisait à une masse informe contenant un fragment d'intestin, un fragment du sacrum et un autre fragment d'os qui n'avait aucune analogie, aucune ressemblance avec les os d'un fœtus normalement conformé.

Claudius a déjà démontré que le développement des acardiaques était subordonné à la quantité et à la direction du sang introduit. Dans le cas ci-dessus, tout le système circulatoire se réduisait à une artère et encore avait-elle un médiocre calibre; aussi ce n'est pas sans raison qu'Elb rattache le développement rudimentaire de ce monstre à la circulation élémentaire du sang.

Tous les acardiaques connus étaient en connexion avec le fœtus, normalement conformé par un cordon ombilical. Par

conséquent, tous étaient venus en connexion avec l'autre fœtus après la formation de l'allantoïde et vraisemblablement tous étaient monstrueux depuis cette époque. Comme on le sait, l'allantoïde commençant à se développer à la fin de la troisième semaine ou au commencement de la quatrième, il s'ensuivrait que les acardiaques se développent à partir de cette époque. Mais ne peut-il s'en produire avant ce temps, c'est-à-dire avant l'existence de l'allantoïde et dans ce cas par quelles anastomoses recevrait-il sa nourriture?

En ce qui concerne les acardiaques, on peut ne pas saisir le moment précis ou la circulation sanguine a été enrayée, mais avec quelque certitude on peut poser en principe que plus l'embryon était avancé en développement alors qu'il a été tué, plus il se rapprochera d'un fœtus à terme par la forme et la texture ; tandis qu'au contraire, plus la mort aura été prématurée dans sa venue, plus il s'offrira sous une forme complexe et anormale.

Dans le cas décrit par Elb et Credé, dans lequel la mort était survenue probablement aussitôt après la formation de l'allantoïde, la couche épithéliale de la peau était extrêmement mince. « Par le ratissage seulement, on put isoler quelques plaques d'épithélium qui se gonflèrent après avoir été traitées par une lessive de potasse. L'existence des papilles cutanées ne put être démontrée. » D'après cette description, il est très-supposable que les acardiaques d'une origine plus ancienne montrent un développement si imparfait de la peau que l'on ne peut plus reconnaître sur la tumeur les signes d'une provenance fœtale.

Dans la plupart des exemples connus d'acardiaques, le cordon ombilical s'insère à un endroit se rapprochant assez de l'endroit normal, et on a remarqué également que les organes voisins de cette insertion sont relativement plus développés que ceux placés plus loin. Par exemple, dans un grand nombre de cas, des fragments d'intestin et des parties du segment inférieur de la colonne vertébrale ont été trouvés. Au contraire, le cordon ombilical a-t-il une insertion anormale comme cela s'est présenté dans de rares cas, les organes placés aux alentours sont développés de préférence. Par exemple, Moldenhauer a

décrit un acardiaque chez lequel le cordon s'insérait sur le même plan que l'extrémité supérieure gauche ; eh bien, ici les organes pectoraux étaient beaucoup plus accusés que chez tous les autres individus de cette espèce.

Maintenant, quand la nutrition n'a lieu nullement par le cordon ombilical, mais que l'appendice embryonnaire, entravé dans son développement, vit et s'accroît aux dépens du grand fœtus avec lequel il est en connexion, il est très-possible qu'il provienne de cet appendice une formation qui ne renferme absolument aucune partie rappelant la structure fœtale.

Ainsi, dans le cas de Hecker (obs. XX), il y avait une tumeur formée de kystes contenant des cellules analogues aux cellules cérébrales embryonnaires. On était donc amené à supposer que les cellules cérébrales embryonnaires étaient venues en contact avec le deuxième fœtus, et qu'il ne s'était développé que les parties embryonnaires correspondantes aux membranes du cerveau, à leur contenu et à la base du crâne (cartilage).

Après avoir passé et discuté en revue les hypothèses d'Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, de Rindfleisch, d'Arnold, de Fœrster et de Schultze, rappelé ce que dit ce dernier au sujet du développement des tumeurs congénitales du siége, Ahlfeld expose en ces termes ses vues sur la production de l'épignathisme.

Comme exemple je suppose le cas que les deux embryons reposent sur une même ligne, les deux têtes tournées l'une vers l'autre. Comme conditions inséparables à leur développement, il est nécessaire que les deux têtes sortent à une certaine distance de la vésicule germinative et que l'un des embryons soit remarquablement arriéré dans son développement. A s'accroît-il d'une façon marquée pendant que B reste petit, il s'ensuit, alors que la distance entre les deux têtes n'est pas considérable, que B se place au-dessous de la vésicule cérébrale antérieure et plus tard encore dans l'entonnoir qui se termine en infundibulum et auquel aboutit et se fixe par son extrémité supérieure le bout terminal antérieur de l'intestin. (Voyez fig. 19, 20 et 21, p. VIII, t. IV, *Annales de Gynécologie*, p. 448.)

Par suite de cette évolution, B se trouve placé entre le segment antérieur du cerveau et la face antérieure du segment

supérieur de l'intestin. Précède-t-il les vésicules cérébrales, B s'accroît au-dedans de la cavité buccale et peut par sa partie rétrécie atteindre l'extrémité de celle-ci, c'est-à-dire l'endroit où se forme l'hypophyse. Cette circonstance explique pourquoi dans quelques cas le pédicule de la tumeur a été rencontré sur la selle turcique.

Le point le plus important duquel dépend le développement ultérieur de B est la connaissance du mode et de la manière d'être de la nutrition. B n'est-il parcouru que par quelques rares vaisseaux, sa partie supérieure est seule nourrie et on ne trouve, comme dans la plupart des cas, que le cerveau et ses dépendances les plus proches. Au contraire, B reçoit-il de grosses branches artérielles, il peut en résulter la formation de quelques organes et en particulier de la colonne vertébrale et des extrémités.

Les rapports peuvent être sensiblement modifiés quand B au début de son développement a marché d'un pas égal avec A après la formation de l'allantoïde. Alors les vaisseaux de la base du crâne se réunissent avec les vaisseaux de l'allantoïde et B devient acardiaque, parce que ses vaisseaux n'ont point trouvé des bases propices comme les vaisseaux allantoïdiens de A. Dans ce cas B subit des métamorphoses analogues à celles des autres acardiaques ; sa nutrition n'est même, sous aucun rapport, comparable à celle des acardiaques qui recoivent leur sang du placenta, car, en général, la nutrition qui se fait par les anastomoses placentaires est plus productive que celle qui se fait au moyen des vaisseaux de la base du crâne. Il s'ensuit alors que les acardiaques ne recoivent qu'un développement insignifiant et appartiennent pour la plupart à la variété des amorphes. Maintenant, plus court est le cordon ombilical et plus B vient se rapprocher de la cavité buccale ; il est même vraisemblable qu'alors que le cordon est très-court, B peut se loger au-dedans de cette cavité.

Le parasite inséré à la partie inférieure de la base du crâne est parfois une cause de gêne, une entrave au développement du fœtus principal. En particulier, la rencontre de toutes les parties qui se réunissent sur la ligne médiane peuvent être absolument empêchées. Le développement du parasite pouvant

atteindre jusqu'à l'extrémité de la *chorda dorsalis*, la base du crâne peut être arrêtée dans sa clôture et conserver une ouverture anormale. Par celle-ci, il peut pénétrer à l'intérieur de la cavité crânienne, soulever la dure-mère et peut même venir se loger dans celle-ci. Il est facile de comprendre que lorsqu'il acquiert un tel développement il puisse atrophier la glande pituitaire et détruire les tissus avoisinants.

Quand le réservoir buccal est ouvert, la tumeur peut se placer au dedans de la cavité buccale. Elle la remplit bientôt et se développe vers les points où elle rencontre le moindre obstacle. A travers le voile du palais encore bifide, elle envoie des prolongements dans la cavité nasale et vient sortir à travers les narines.

C'est surtout par la bouche qu'elle a son accroissement principal, aussi est-ce sur elle qu'on relève le plus grand nombre de modifications, ainsi que sur les os et en particulier le maxillaire inférieur.

Enfin, B peut être tellement distant de A qu'il prenne adhérence non à la cavité du pharynx mais au-dessous de celle-ci. Il peut être alors placé à la région cervicale et être complètement enveloppé par la peau comme le démontre le cas suivant :

Hess, *Beitrage z. Casuistik d Geschwülste mit zeugungsahnlichem Inhalte (Dissert. Giessen,* 1854, 1re obs.)

« Chez un garçon né vivant, mais mort peu après l'accou-
« chement, on trouva sur l'œsophage et la trachée une tumeur
« longue de 3 pouces, large de 2 et épaisse de 1 pouce et demi.
« Elle est placé au-dessous du fascia cervical et du muscle sous-
« cutané et au-dessus du muscle omo-hyoïde.

« Elle consiste en un stroma fibreux enveloppant des kystes
« ayant un volume variant, depuis celui d'une lentille à celui
« d'un œuf de pigeon. Dans un des kystes les plus volumineux
« se trouve un corps recouvert de peau. La peau est recouverte
« de cheveux lanugineux qui au microscope offrent la consti-
« tution normale et sont flanqués de deux petites glandes aci-
« neuses. A l'intérieur du lobe, est un os dont une des extré-
« mités offre un gonflement rappelant un condyle (tibia ?) »

D'autres fois B pend au cou à la façon des épignathes sur

les joues, témoin le cas de Tannahill (*Glasgow med. Journ.* Nov. 1761) et celui narré par Joube (Histoire de l'Acad. Roy. des siences, Paris, 1754, p. 62).

Enfin, les deux embryons sont-ils encore plus éloignés l'un de l'autre, il se peut que B vienne se placer avec le pli qui forme l'amnios sur le côté externe du cerveau et adhère à la partie antérieure de la tête, comme le démontre le cas publié par Arnold.

Les tumeurs épignathiques sont donc formées par un deuxième fœtus, lequel, par sa manière d'être, appartient aux diverses variétés des monstres acardiaques. Pour justifier cette déclaration, il suffira de se reporter aux descriptions qui en ont été précédemment données. Les unes sont tout à fait identiques à celles du *akormes*, les autres, à raison du développement des extrémités inférieures, se rattachent aux *acéphales*, alors que d'autres, par l'absence complète du tronc et des viscères fœtaux, doivent être rattachées aux *amorphes*.

Quant à la variété particulière des monstres acardiaques qui se présente fréquemment à l'observation dans l'épignathie, variété dans laquelle l'adhérence du fœtus se serait effectuée avant la formation de l'allantoïde, elle n'a pas, jusqu'à présent, été décrite dans la littérature médicale et, par suite, n'a pas encore reçu un nom spécial.

Dans les cas précédemment rapportés, on a tous les degrés, toutes les nuances de transition, allant depuis le degré le plus bas des amorphes à celui où la tumeur n'offre aucun indice de partie fœtale. A côté du cas de *Baart de la Faille*, qui peut être regardé comme extrême dans le premier sens, nous avons deux acardiaques qui sont insérés à la base du crâne avec une autre tumeur. A un degré plus inférieur se placent quatre cas, dans lesquels les restes, les rudiments du cordon ombilical paraissent avoir été rencontrés. Enfin, dans les autres cas, il n'y a aucune trace de cordon; cependant ces cas sont tellement semblables aux précédents qu'on ne saurait chercher à les expliquer par un autre mode de formation.

Dans la plupart des cas rassemblés, il est expressément signalé que l'espace creux de la tumeur est rempli par des

masses cérébrales à l'état embryonnaire. Cette manière d'être plaide en faveur de l'hypothèse qui a été émise, ainsi que la forme des kystes qui correspond à une division des cellules cérébrales.

Qu'il me soit permis d'ajouter encore quelques mots sur la connexion de l'hypophyse et de la selle turcique par rapport aux épignathes. J'ai déjà indiqué plus haut comment l'épignathe peut atteindre dans son développement la base du crâne avant la clôture de celle-ci et comment cette partie peut se présenter sous une forme pédiculée. Il me suffira d'ajouter que dans le développement normal comme dans le développement pathologique, le canal préexiste régulièrement à la base du crâne. D'aprés Dursy (*Centralblatt f. d. medic. Wissenschaft*, 1868, n° 8), le lobe antérieur de l'hypophyse est formé par le renversement du pharynx et le lobe postérieur par le reliquat de la *chorda dorsalis*. L'existence de ce canal dans les premiers temps de la vie embryonnaire avait été pareillement signalée expressément par Rathke (*Ueber die Enstehung de Glandula pituitaria J. Muller's Archiv*, 1838, p. 482), dans ses recherches, et ce canal a été maintes fois retrouvé à l'état pathologique. Par exemple, Luschka (*Der Hinanhang u. d. Steissedruse des Menschen*, p. 35) l'a trouvé maintes fois anormalement dilaté sur des embryons de huit à douze semaines. Sur un fœtus présentant un spina bifida et une hernie diaphragmatique, il y avait un aplatissement de la selle turcique et, à la place de l'hypophyse, une masse rouge brun, molle, du volume de la tête d'une épingle. En détachant la dure-mère de la selle turcique, on trouva un petit prolongement canaliculé, large de 15 millimètres dans une longueur de 5 millimètres. Klinkosch (*Diss. prag. sel.*, t. I, p. 199) a fait une observation semblable sur un enfant hydrocéphale. L'ouverture de la selle turcique avait le volume d'une plume. Par celle-ci, une partie de la dure-mère avait fait hernie et formait du côté de la cavité buccale un sac du volume d'une noisette, qui renferme l'hypophyse. On le voit, ce cas a de nombreuses analogies avec celui de Virchow dont le récit a été donné plus haut.

Tandis que dans ces cas la dilatation anormale du canal est

le résultat de la pression du contenu cérébral, dans les cas d'épignathe, elle a eu lieu en sens inverse, c'est-à-dire par un accroissement des parties provenu du bout terminal de l'intestin. Par suite, le résultat terminal est facile à distinguer; dans les premiers cas, le maximum de dilatation du canal se trouve sur la selle turcique, alors que dans les seconds il se trouve à la surface externe de la base du crâne.

Pour épuiser toutes les remarques dont la matière est susceptible, il convient d'ajouter quelques mots au sujet d'un point soulevé par la deuxième observation de Baart de la Faille, circonstance qui a une importance capitale au point de vue de la genèse des épignathes. Dans cette relation, il est signalé expressément l'absence de vaisseaux dans le cordon de l'acéphale. Un cordon sans vaisseaux n'a pas encore été décrit et rend ce fait unique dans la science. Suivant toute vraisemblance, pour conserver dans toute son intégrité cette magnifique pièce, on n'a point poursuivi la direction des artères ombilicales, on s'est borné à l'examen d'un tout petit fragment du cordon. Il est vraisemblable que les vaisseaux ont été oblitérés comme le prouve un cas examiné soigneusement par Hyrtl dans son magnifique ouvrage : « Die Blugefässe der menschlichen Nachgeburt. Wien, 1871, p. 245. »

Enfin, pour en finir, signalons que le mode d'après lequel nous avons cherché à expliquer la genèse des épignathes peut être étendu à la transplantation de quelques-unes des parties appartenant à la surface du fœtus. Le fœtus B ne touche-t-il le fœtus A que par une petite surface, il se produit par la réunion des petits vaisseaux sanguins une mortification de cette partie; le fœtus B vient-il à succomber par suite du défaut de nutrition, le fragment attenant au fœtus A continue seul à vivre et voit ses tissus ou ses cavités être entretenues par A.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MENSTRUATION DANS SES RAPPORTS AVEC L'OVULATION. — DE LA NIDATION UTÉRINE (1).

On s'est beaucoup occupé pendant l'année qui vient de s'écouler des relations physiologiques qui existent entre la menstruation et l'ovulation. Un grand nombre de travaux publiés principalement en Angleterre et en Amérique, présentent la question sous un jour nouveau et tendent à modifier les théories généralement admises. Depuis les belles recherches de Pouchet, Coste, Bischoff, Meckel, Brierre de Boismont, Raciborski, et autres savants dont les travaux remontent à 1840, on admet généralement que l'hémorrhagie utérine et l'ovulation sont des processus inséparables et que la menstruation n'est que le résultat de l'évolution successive et de la déhiscence périodique de l'œuf sans lesquelles elle ne saurait avoir lieu. « A chaque menstruation, disait Raciborski dans son mémoire présenté à l'Académie des sciences, un follicule vient former une saillie à la surface de l'ovaire ; là, il subit ensuite une rupture et se vide de son contenu sans qu'il ait besoin pour cela, comme le prétendaient Graff et Haller, de l'excitation vénérienne. »

Cette manière de voir, très-plausible, du reste, est encore partagée par un grand nombre de gynécologistes, mais elle rencontre aujourd'hui des adversaires sérieux qui, se basant sur l'anatomie de la membrane qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine et sur quelques autres circonstances, prétendent assigner au flux menstruel une tout autre cause que l'ovulation,

(1) John Williams. The normal structure of the uterine mucosa and its periodical changes, in *Obstetrical Journ.*, février et mars 1875, et Proc. royal Society, n° 162, 1875. — Aveling. Nidation of the human female, in *Obstetrical Journ.*, juillet 1874, et *Gazette hebdomadaire*, juillet 1875. — Paul Mundé, Reports on gynecology, in *American Journ. of obstetrics*, avril 1876. — Bischoff, *Wiener medizinische Wochenscrift*, n°s 21, 24, 1875. — Goodman, *Louisville and Richmond med. Journ.*, décembre, 1875. — Carl Schrœder, *Ziemssen's Encyclopedia*, vol. X.

sans, toutefois, vouloir séparer complètement les deux processus.

Avant d'entrer dans de plus grands développements sur la question controversée, nous allons d'abord exposer les travaux les plus récents qui ont été publiés sur la structure normale de la muqueuse utérine et sur ses changements périodiques. Les plus importants sont dus à MM. Aveling et John Willams (de Londres), Engelmann (de Saint-Louis) et Barnsfather (de Cincinnati).

Dans un premier mémoire (*The normal structure of the uterine mucosa*, etc., in *Obstetrical Journal*, février et mars 1875), le Dr John Willams se rattache à l'opinion formulée par Pouchet en 1842, qui prétendait que la muqueuse utérine est entièrement détachée et expulsée pendant la durée du flux menstruel et qu'elle est ensuite reformée pendant la période intermenstruelle. Il pense que le flux cataménial n'est pas par lui-même un processus complet, mais simplement la période terminale d'une suite de changements qui ont commencé à la fin d'un flux menstruel et se terminent à la cessation du flux suivant. M. Willams a examiné douze utérus provenant de femmes qui avaient succombé à des affections diverses pendant la période intermenstruelle. Il a pu ainsi observer les changements survenus successivement dans la muqueuse, sur ces 12 spécimens qui représentaient une série complète. Voici la description qu'il en donne : « Tandis que la désintégration et l'expulsion de la muqueuse utérine continuent leur cours pendant la période du flux menstruel, les parois musculaires sous-jacentes développent une active prolifération de leurs éléments les fibres musculaires produisent les cellules fusiformes et le tissu connectif les cellules rondes. Ce travail de renouvellement commence à l'orifice interne de l'utérus et se continue vers le fond de l'organe. Trois jours après la cessation du flux cataménial, les deux tiers inférieurs de l'utérus sont recouverts par une membrane muqueuse très-mince à épithélium prismatique ; au bout d'une semaine, l'organe tout entier est intérieurement tapissé par la même membrane. Mais la muqueuse utérine n'est définitivement constituée que quelques jours avant

l'apparition du flux menstruel, et c'est à cette époque qu'elle présente les conditions les plus favorables à la réception de l œuf imprégné. Si l'imprégnation n'a pas lieu, la dégénération graisseuse de la muqueuse commence vers le col utérine et s'étend rapidement sur toute la face interne de l'organe ; les contractions utérines qui se manifestent alors refoulent le sang dans les vaisseaux affaiblis de la muqueuse qui se rompent et produisent ainsi l'hémorrhagie menstruelle. C'est à partir de ce moment que commence l'expulsion de la muqueuse utérine qui a lieu cellule par cellule et qui dure de trois à huit jours selon les individus.» D'après M. Willams, *la menstruation n'est produite ni par la congestion, ni par une espèce d'érection, mais par une désintégration moléculaire de la muqueuse utérine accompagnée d'hémorrhagie.*

Dans un important mémoire publié dans l'*Obstetrical Journal* et reproduit dans la *Gazette hebdomadaire* (juillet 1815), M. Aveling décrit sous le nom de *nidation utérine* le développement périodique de la muqueuse qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine. Comme M. Willams, il s'efforce de démontrer que cette fonction est complètement distincte de l'ovulation et de la menstruation. Pendant la période intermenstruelle, nous dit-il, il se forme sous l'épithélium de la membrane muqueuse un réseau délicat comparable au nid des oiseaux et qui acquiert parfois une épaisseur considérable avant d'être expulsé (*dénidation*). Cette membrane a été désignée sous différents noms (caduque menstruelle), mais, comme la fonction dont elle est le produit est indépendante de la menstruation, M. Aveling propose de la désigner sous le nom de *caduque nidale* (*nidal decidua*).

L'époque à laquelle se montrent pour la première fois les phénomènes de la nidation n'a pas encore été bien étudiée non plus que sa pathologie et sa période de plus grande activité. Cette dernière cependant semble avoir lieu pendant la semaine qui précède l'époque menstruelle, alors que l'utérus est le siége d'une congestion qui augmente son volume d'une manière notable. La nidation ne s'établit qu'après l'ovulation ; mais, si, à la suite de l'ablation des ovaires ou de toute autre cause, l'ovula-

tion vient à être supprimée, elle pourra continuer d'avoir lieu régulièrement. Elle a lieu également dans les cas de grossesse extra-utérine.

La nidation dispose l'utérus pour la réception de l'œuf qui, sans elle, ne pourrait arriver à maturité. Les relations qui existent entre la nidation et l'imprégnation n'ont pas encore été bien étudiées. Un auteur anglais, M. Power, a cependant saisi un côté de la question et montré que ces deux fonctions ont entre elles des rapports nombreux. « Quand l'ovule est arrivé à maturité, nous dit-il, l'utérus doit être convenablement disposé pour sa réception. Tout dérangement dans l'ordre de ces fonctions arrêterait la marche du processus. Ainsi, si l'ovule est mûr avant que l'utérus soit préparé à le recevoir, la conception sera abortive, et *vice versa*, le même effet aura lieu si l'utérus est préparé avant la maturité de l'ovule. » La question intéressante serait donc de savoir à quelle période de la nidation l'utérus est le plus convenablement disposé pour recevoir l'œuf et permettre l'imprégnation. Il est probable que quand le processus de la nidation est dans sa plus grande activité, la fécondation n'a lieu que très-difficilement, à cause de l'obstacle apporté au passage du sperme par l'augmentation de la caduque nidale et l'augmentation du mucus visqueux sécrété dans la cavité du col. M. Aveling a souvent remarqué que l'introduction d'une sonde dans la cavité de l'utérus, facile au commencement de la période nidale, devenait presque impossible lorsque cette période arrivait à sa fin et que la muqueuse utérine avait atteint tout son développement.

Après avoir donné quelques développements anatomiques sur la structure de la caduque nidale, M. Aveling étudie la pathologie de cette membrane. Pendant les derniers jours de la nidation, on observe souvent des phénomènes hyperémiques et sympathiques du côté des mamelles. Celles-ci augmentent de volume, deviennent douloureuses et sécrètent une sérosité blanchâtre. Ces phénomènes disparaissent aussitôt que la dénidation est complète. Le phénomène de la nidation n'a pas lieu pendant la lactation, mais il se rétablit aussitôt après la cessation de cette fonction.

Dénidation. — Elle a été comparée à la parturition. Une fois arrivée à maturité, la membrane nidale est expulsée par petits fragments. L'hémorrhagie menstruelle cesse lorsque l'expulsion est terminée. La menstruation et la dénidation ont donc lieu le plus souvent simultanément ; mais, comme nous l'avons dit plus haut, M. Aveling considère ces deux fonctions comme ayant leur existence propre, c'est en quoi il diffère de M. John Willams qui considère l'hémorrhagie menstruelle comme le résultat de l'expulsion de la membrane nidale. Pour M. Aveling, la nidation est un phénomène indispensable à l'imprégnation, mais non la menstruation.

Troubles de la nidation. — Cette fonction peut donner lieu à quelques désordres. Lorsque des douleurs se manifestent huit ou dix jours avant la menstruation dans un utérus qui était déjà le siége d'une hyperémie chronique, elles doivent être attribuées à la formation de la membrane décidue.

Hypernidation. — Lorsque l'afflux sanguin est trop considérable, la caduque nidale se transforme en une sorte de membrane épaisse qui résiste aux efforts naturels d'expulsion. D'après M. Aveling, l'hypernidation peut encore être produite lorsque, la caduque nidale ne s'étant pas détachée à l'époque ordinaire, il s'en forme une seconde. Power avait attribué cet état anormal à une exagération des fonctions ovariennes. On a souvent observé, en effet, l'expulsion d'une double membrane nidale.

Subnidation. — Elle est beaucoup plus rare. Les causes qui produisent l'aménorrhée peuvent également la produire. Elle est nécessairement un obstacle à l'imprégnation ; un œuf imprégné qui tomberait sur une membrane nidale incomplètement développée serait probablement absorbé.

Dysdénidation. — La dénidation peut présenter quelques désordres. Cette fonction comprend deux périodes : une de séparation et une d'expulsion. Les troubles qui surviennent pendant la première période sont peu connus, mais ceux de la seconde ont été observés et étudiés depuis longtemps. L'affection qu'on a décrite jusqu'à ce jour sous le nom de *dysménorrhée membraneuse* se rattache, d'après M. Aveling, aux troubles de la dénidation. Dans les cas d'hypernidation, l'utérus éprouve quel-

quefois de grandes difficultés pour expulser la caduque nidale hypertrophiée. Celle-ci peut obstruer le col utérin et s'opposer à l'écoulement menstruel. On observe alors des douleurs continues analogues à celles de la parturition. L'expulsion de la caduque nidale peut être également douloureuse sans être liée à des désordres de la menstruation. C'est ce qu'avait entrevu Waller lorsqu'il a dit : « Souvent il n'y a pas de sécrétion menstruelle, elle est alors remplacée par l'expulsion d'une membrane épaisse ressemblant à la caduque, et qui occasionne des contractions utérines semblables à celles de la parturition. »

Comme on le voit, les travaux de MM. Willams et Aveling concordent sur ce point important, à savoir : que la muqueuse utérine se renouvelle pendant chaque époque intermenstruelle et que le flux cataménial qui survient pendant l'expulsion de la muqueuse (caduque nidale) est complètement indépendant des ovaires et des phénomènes inhérents à l'ovulation.

Un grand nombre de faits recueillis pendant ces dernières années et qui se trouvent en contradiction formelle avec les anciennes théories sont venus fournir de nouveaux arguments aux physiologistes anglais et prouver que la menstruation et l'ovulation peuvent exister d'une manière indépendante dans un grand nombre de cas. Ces faits sont ainsi résumés par Paul Mundé (*American Journal of Obstetrics*, avril 1876).

1° Si la rupture d'une vésicule de Graaf avait lieu à chaque époque menstruelle, nous devrions trouver des traces de cette rupture à l'autopsie de toutes les femmes qui auraient succombé pendant ou peu de jours après la menstruation. Or, les observateurs les plus autorisés, tels que Coste, Bischoff, Ritchie, Ashwell, Paget et Willams, ont affirmé qu'il était impossible de découvrir des traces de la rupture de la vésicule dans beaucoup de cas.

2° L'ovulation a lieu très-souvent sans la menstruation ; les cas où la conception a eu lieu pendant la lactation ou chez des femmes qui n'avaient jamais été réglées sont extrêmement nombreux ; quelques auteurs (Scanzoni) ont même affirmé que l'ovulation avait lieu pendant la grossesse. Il est à peu près

démontré aujourd'hui que la ponte de l'œuf peut avoir lieu pendant toute la durée de l'époque intermenstruelle.

3° Nous possédons aujourd'hui un grand nombre de cas dans lesquels, après une ovariotomie double, la menstruation a continué d'avoir lieu régulièrement pendant plusieurs années, quelquefois même jusqu'à l'époque ordinaire de la ménopause. Dans 27 observations d'ovariotomie double, recueillies par Goodman (*Richmond and Louisville medical Journal*, décembre 1875), la fonction menstruelle n'a pas été interrompue dans dix cas; elle a été une fois exagérée, une fois diminuée, et, dans les autres cas, elle a continué d'avoir lieu à des intervalles irréguliers. Attribuer la continuation du flux cataménial à la « force de l'habitude », comme on l'a fait jusqu'à présent, c'est donner une explication peu scientifique et tout à fait insuffisante. Les « habitudes de récurrence » (*habit of recurrence*), telles que celles de la défécation ou de la miction, ont une cause occasionnelle qu'on peut facilement analyser et expliquer (Goodman).

Mais comment expliquer la menstruation après l'ablation des ovaires, lorsqu'on a placé dans ces organes la cause, l'*impetus* de l'écoulement cataménial? Il faut donc chercher une autre explication, et, puisque la menstruation peut exister malgré l'absence des ovaires, il est naturel d'admettre que cette fonction n'est pas nécessairement en rapport avec l'ovulation, il est même permis de repousser l'hypothèse qui avait placé ces deux fonctions sous une dépendance mutuelle.

Les travaux de Willams et de Aveling, qui fournissent une explication plus plausible du phénomène de la menstruation méritent donc d'être pris en sérieuse considération par les gynécologistes. Nous pensons cependant qu'il ne faut pas admettre sans réserve les conclusions des auteurs anglais, avant d'avoir soumis leurs travaux à un contrôle sévère ; la description histologique du *processus* de formation mensuelle de la muqueuse utérine laisse également à désirer et peut donner lieu à de sérieuses objections de la part des histologistes. Il est du reste impossible de se prononcer sur cette question, qui ne pourra être définitivement résolue que lorsque de nombreuses observations

auront été recueillies et qu'on aura pu mettre à profit un grand nombre d'autopsies pratiquées sur des femmes qui auront succombé pendant les quelques jours qui précèdent ou qui suivent l'époque menstruelle. En attendant, on peut dire que l'hypothèse qui sépare l'ovulation de la menstruation et qui assigne à la muqueuse utérine un renouvellement et une desquamation périodique est parfaitement acceptable, quoique insuffisamment démontrée par les travaux que nous venons d'analyser.

Dr A. LUTAUD

REVUE DE LA PRESSE

L'OPÉRATION DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE, TELLE QUE LA PRATIQUE M. BOZEMAN (1).

Par M. Paul Berger

Le siége profond et l'accès difficile de la lésion, la nature même de la perte de substance qui met la vessie en communication avec le vagin, entourent de difficultés presque sans égales l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Aussi le soin de faciliter et de perfectionner le manuel opératoire semble avoir presque exclusivement attiré l'attention des chirurgiens, et dans la préoccupation d'améliorer les procédés d'avivement, de rapprochement, de sutures, l'on a trop oublié que l'opération en elle-même ne constituait que l'un des temps d'un traitement anaplastique. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir étudier tout récemment, dans le service de M. le professeur Dolbeau, la pratique de M. Bozeman dans un cas extrêmement difficile de fistule vésico-vaginale que notre maître avait confié à ses soins, et ce qui nous paraît surtout digne de remarque dans son procédé opératoire, c'est l'application d'un principe général, admis et presque toujours observé dans les restaurations les plus diverses, mais jusqu'à présent assez négligé dans la cure des fistules vésico-vaginales. C'est à ce point de vue surtout que nous voulons rendre compte de la méthode

(1) Extrait de la *France médicale*, nos 39 et 40, 1876.

de M. Bozeman, sans nous défendre pourtant d'insister sur certaines particularités intéressantes et peu connues du manuel opératoire auquel il a recours, mais en laissant à d'autres le soin de raconter dans tous ses détails l'observation de la malade qui a été l'objet de cette opération.

Toute intervention chirurgicale, outre l'opération, comporte des soins préliminaires et des soins consécutifs, mais jamais la préparation à l'opération n'a eu une importance plus grande que lorsqu'il s'agit des anaplasties. La réparation, insuffisante ou vicieuse, à laquelle on se propose de suppléer est presque toujours amenée par la rétraction cicatricielle, et celle-ci étend son action sur une zone incomparablement plus vaste que ne pourrait le faire supposer à un observateur peu exercé, l'étendue même de la lésion principale.

On sait depuis longtemps que, dans les restaurations de la face, il serait superflu de chercher à combler les pertes de substance par le glissement, l'inflexion ou l'échange de lambeau, si, au moment où ceux-ci vont être fixés dans leurs rapports nouveaux, leurs bords, sollicités par des brides inodulaires, avaient de la tendance à s'écarter et à tirer sur les sutures. De là, le précepte de ne passer les fils et de n'arrêter les sutures que lorsque les parties avivées et destinées à se réunir restent librement et sans effort en contact; de là, la nécessité d'incisions libératrices, circonvoisines, de débridements et parfois même d'un traitement en quelque sorte orthopédique, de tractions répétées, de mouvements destinées à rendre aux parties la mobilité et la souplesse qu'elles avaient perdues.

Nous ne voulons pas dire que ces précautions indispensables aient été absolument négligées dans l'opération des fistules vésico-vaginales; mais leur importance ne paraît pas avoir été appréciée à sa juste valeur. Le plus souvent on se contente de sectionner, dans le premier temps de l'opération, quelques-unes des brides qui rétrécissent le vagin, et l'on procède aussitôt à l'avivement et à la suture. Dans la pratique de M. Bozeman, au contraire, la préparation est le temps le plus laborieux, le plus pénible et le plus long, mais le plus essentiel du traitement. « Ce n'est point l'opération, c'est sa préparation qui souvent est diffi-

cile. » L'incision, le décollement des adhérences fibreuses et des brides, suivis de la dilatation progressive, sont les moyens dont se sert le chirurgien américain pour se frayer la voie. Il est bien entendu que le siége, l'étendue de la fistule, auront été l'objet d'un diagnostic aussi complet que possible ; le chirurgien cherche alors à reconnaître les brides qui rétrécissent le vagin, celles surtout qui exercent une traction sur les lèvres de la fistule. Pour cela l'on doit avoir recours au toucher et à l'examen au spéculum; celui dont se sert M. Bozeman est un dilatateur à deux valves latérales, s'écartant au moyen d'une forte vis de pression qui les maintient développées. La malade reposant sur les coudes et les genoux, le spéculum est introduit et ouvert; on complète l'écartement des parois vaginales au moyen d'une valve avec laquelle un aide relève la paroi postérieure du conduit et l'applique contre le sacrum, et d'une spatule qui sert au chirurgien à tendre directement et à déplisser les parties sur lesquelles se porte son attention. Les parois vaginales étant ainsi maintenues, les brides font une saillie appréciable à l'œil et surtout au doigt. Le chirurgien les incise, et, après en avoir entamé la surface, il détermine l'écartement des lèvres de la plaie qu'il vient de faire, en exerçant au moyen de l'index ou des deux index des tractions, des dilacérations violentes. Puis il introduit et laisse dans le vagin une boule plus ou moins volumineuse qui maintient l'écartement obtenu par l'incision et la dilacération et qui produit une dilatation permanente. Les plaies qui résultent de ces sections, de même que les exulcérations qui sont produites par le contact de l'urine sur les surfaces muqueuses du vagin et de la vulve, sont fréquemment touchées avec une solution de nitrate d'argent. Tous les quatre jours le chirurgien augmente le diamètre des boules dilatatrices ; de temps à autre il procède à une nouvelle inspection et il incise les brides qui font encore obstacle à la dilatation. La durée de ce traitement préparatoire est très-variable. Dans quelques-unes des observations de M. Bozeman, elle était d'une ou deux semaines; dans le cas que nous avons observé, il a fallu plusieurs mois d'efforts persévérants pour arriver à rétablir le calibre et l'extensibilité du vagin.

Nous avons déjà signalé le but et l'utilité, nous dirions presque la nécessité, dans certains cas, de cette préparation ; nous avons à en faire ressortir encore quelques avantages. Sous l'influence des cautérisations au nitrate d'argent, les excoriations du vagin et de la vulve se cicatrisent et sont moins douloureuses ; mais surtout la fistule, dont les bords redeviennent souples, est facilement accessible à l'exploration ; elle le sera plus tard aux instruments pendant l'opération. Mais à côté de ces avantages, nous devons signaler des inconvénients et même des dangers.

La dilatation est douloureuse ; les incisions, les dilacérations fatiguent la malade, et comme la préparation est longue parfois, sa patience et son courage peuvent être à bout avant que l'on ait pu arriver à l'opération. Il faut dire enfin que des accidents graves peuvent être la conséquence des violences mécaniques que l'opérateur exerce sur les brides vaginales pour les sectionner ou les déchirer. Dans un cas, M. Bozeman a vu la trompe venir faire prolapsus dans le vagin à travers une rupture du péritoine : il réduisit l'organe procident, ferma la plaie par une suture de la séreuse, et la malade guérit de l'opération d'abord, puis de la fistule : l'accident n'en est pas moins grave et donne à réfléchir. Il se pourrait de même que l'on déterminât une rupture de la cloison recto-vaginale, ou qu'une inflammation phlegmoneuse eût pour point de départ les plaies produites par l'instrument et les doigts du chirurgien ; mais ces complications n'ont point encore été observées. Leur possibilité ne doit point faire rejeter une pratique que la théorie indique et que l'expérience clinique justifie, mais elle commande quelque réserve et beaucoup de ménagement dans son application.

Lorsque l'accès de la fistule a été rendu possible et facile par la dilatation, quand la cavité vaginale est redevenue spacieuse et relativement souple et que l'on peut compter sur un affrontement parfait des bords de la solution de continuité, M. Bozeman procède à l'opération.

Depuis de longues années, l'usage a prévalu en France d'opérer les malades dans le décubitus latéral, ainsi que cela se pratique dans la méthode dite américaine. M. Bozeman a adopté pour l'opération la même position que pour les manœuvres pré-

paratoires; il place la malade de façon que la paroi abdominale soit tournée vers le lit, et que la vulve se présente entre les cuisses fléchies sous le bassin et largement écartées. Cette posture est assurée par l'emploi d'un lit spécial, où la poitrine, le cou et la tête de la malade reposent horizontalement sur un coussin, tandis quė les cuisses et les genoux sont embrassés par un système de courroies qui les immobilise, et que le tronc est maintenu par une sangle qui, passant sur la région lombaire, empêche le redressement du corps. C'est exactement la position sur les genoux et sur les coudes, avec cette différence que le tronc prend une base d'appui très-large sur la poitrine. Cette posture nous paraît avoir sur le décubitus latéral de réels avantages.

La paroi abdominale, sur laquelle aucune pression ne s'exerce, pend librement vers le sol, et la tendance que présente la surface vésicale à faire saillie à travers la fistule est ainsi diminuée pendant toute la durée de l'opération. L'opérateur a sous les yeux, sous ses doigts, la paroi antérieure du vagin qui se présente dans la position horizontale, la plus favorable à la liberté des manœuvres opératoires. Enfin il se rend à chaque moment un compte exact de la situation de la ligne médiane, ce qui n'est pas sans importance surtout au moment où l'on pratique les sutures.

La malade étant fixée sur le lit, on l'endort. L'on pourrait croire au premier abord que la situation de la cage thoracique, dont la partie antérieure repose sur le lit, devrait être la source de complications sérieuses en gênant le jeu de la respiration. Mais la paroi abdominale est parfaitement libre, et la respiration diaphragmatique suffit à assurer la régularité des inspirations. Dans l'opération dont nous avons été témoin, une alerte assez vive a mis les assistants en émoi un peu avant la fin de la séance : il y avait déjà une heure et demie ou plus que la malade était soumise au chloroforme. Quelques tentatives faites pour établir une respiration artificielle eurent bientôt dissipé toutes les alarmes. Quoi qu'il en soit, on fera bien de redoubler de précautions dans l'anesthésie, jusqu'à nouvel ordre, et de n'en confier le soin qu'à un aide parfaitement expérimenté et dont l'attention ne se porte que sur la tâche qui lui aura été confiée.

M. Bozeman pratique l'avivement sur toute l'épaisseur des lèvres de la fistule, en en exceptant la muqueuse vésicale. Il commence par décoller, par disséquer la paroi de la vessie en la séparant des parois vaginales, puis il résèque tout autour de la perforation un ruban étroit de parties molles, sans s'occuper de pratiquer cet avivement en surface que l'on considère comme une des innovations les plus importantes de la méthode américaine. L'avivement que pratique M. Bozeman est un avivement perpendiculaire à la surface vaginale. Ce chirurgien le fait en partie avec les bistouris à long manche que nous connaissons de longue date, en partie avec des ciseaux coudés et offrant des courbures différentes pour la demi-circonférence droite et pour la demi-circonférence gauche de la fistule.

Puis on s'occupe de placer les fils : cette opération se fait en deux temps. M. Bozeman commence par placer autant de fils d'attente, mais de fils de soie simples et non d'anses, qu'il doit y avoir de points de suture ; puis il conduit, en se servant de ces fils d'attente, les fils métalliques destinés à rester définitivement en place. Chaque point de suture est verticalement disposé entre les lèvres de la fistule qui se distinguent dès lors en inférieure et supérieure ; de là résulte que la réunion sera transversale et que la demi-circonférence inférieure de la fistule avivée viendra se réunir à la demi-circonférence supérieure. Pour passer les fils d'attente, une aiguille droite, montée sur un porte-aiguilles, est introduite à plusieurs (6 ou 8 (?)) millimètres du bord inférieur de la fistule et poussée obliquement vers la solution de continuité où elle ressort entre la paroi vaginale avivée, et la muqueuse vésicale ; puis on la saisit de nouveau, on la fait rentrer dans l'épaisseur de la lèvre supérieure juste au-dessus du point où elle était sortie de la lèvre inférieure, également dans l'intervalle de la paroi vésicale et de la paroi vaginale avivée ; et la poussant de nouveau de bas en haut, on la fait ressortir dans le vagin à une bonne distance du bord de la fistule. Quand le point de suture aura été serré, il comprendra donc toute l'épaisseur de l'avivement, et une notable proportion de parties molles ; ainsi l'hémorrhagie sera arrêtée par un affrontement très-exact des

parties, et la surface très-large sur laquelle se répartira l'action des fils, diminuera les chances de section.

Dans l'opération à laquelle nous avons assisté, M. Bozeman a placé de la sorte cinq fils d'attente, tous verticalement disposés et parallèles les uns aux autres. Ce temps n'a pas laissé que d'être long et très-laborieux, malgré l'instrumentation ingénieuse qui est destinée à faciliter le passage des aiguilles.

M. Bozeman entortille alors l'extrémité inférieure de chacun des fils d'attente autour d'un fort et résistant fil d'argent qu'il replie et qu'il écrase avec une pince sur le fil de soie. Puis il tire sur le fil d'attente et entraîne ainsi le fil d'argent au travers des lèvres de la fistule, pendant qu'un aide le maintient tendu par une contre-extension très-légère. Pour ne pas tirailler les lèvres de la fistule, M. Bozeman engage le fil d'attente sur lequel s'exerce la traction dans la fente d'une petite fourche sur laquelle ce fil se réfléchit. Nous appelons l'attention des chirurgiens sur ce procédé qui permet d'entraîner un fil métallique à la suite d'un fil simple et non d'une anse, ainsi qu'on recommande généralement de le faire; nous avons été étonnés de la facilité avec laquelle se faisait cette manœuvre. Nous devons encore une mention spéciale aux fortes dimensions des fils d'argent dont se sert le chirurgien américain; ils diffèrent notablement des fils presque imperceptibles que l'on voit employer à Paris, et qui ont l'immense inconvénient de couper les tissus à la manière d'un instrument tranchant.

L'épaisseur des parties molles comprises dans la suture, le volume considérable des fils, permettent de n'avoir recours qu'à un nombre très-restreint de points de suture. Dans le cas de fistule énorme que nous avons vu opérer par M. Bozeman, cinq points de suture seulement ont été passés et ont suffi à obtenir un affrontement parfait. Celui-ci est assuré davantage encore par la manière dont le chirurgien américain fixe ses sutures.

Les deux extrémités de chaque fil sont passées au travers d'un pertuis que porte une plaque d'acier montée sur un long manche. Cette plaque, glissée jusqu'à la fistule, rapproche les fils et amène l'adossement des bords; pendant que ceux-ci sont

soutenus par l'instrument qui s'appuie à plat sur eux, d'énergiques tractions faites sur les fils ont pour effet de compléter l'affrontement et d'effectuer la réunion la plus parfaite. Quand tous les fils ont été ainsi rapprochés et tassés en quelque sorte, l'occlusion est déjà si parfaite qu'une injection d'eau poussée par l'urèthre dans la vessie ressort sur les parois de la sonde sans écarter les lèvres de la fistule. Alors M. Bozeman taille une plaque de plomb à laquelle il donne la forme de la fistule; il la moule avec soin, il lui donne une concavité par laquelle elle correspond à la ligne qui représente les bords adossés de la fistule, et il la perce d'un nombre de trous égal au nombre des points de suture et répartis de façon à correspondre exactement à ceux-ci.

Dans chacun des trous on introduit alors les deux chefs du point de suture correspondant, et avec la fourche, de nouvelles pressions sont énergiquement dirigées sur la plaque que l'on conduit jusqu'à la fistule réunie, et que l'on écrase en quelque sorte contre elle en se servant des fils comme guide et comme soutien dans cette manœuvre. Avant de fixer définitivement la plaque de plomb, M. Bozeman l'écarte néanmoins, et au moyen d'une nouvelle injection poussée dans la vessie, il se persuade que l'affrontement est parfait.

Il ramène alors la plaque au contact de la fistule, il l'y applique étroitement par de nouvelles pressions, puis il passe les deux chefs de chaque fil dans un grain de plomb, le conduit jusqu'à la plaque et l'écrase sur le fil à la manière d'un tube de Galli. Quand tous les fils ont été fixés de la sorte, l'opération est terminée et la malade est portée à son lit avec une sonde à demeure dans la vessie.

En résumant les principales innovations apportées par M. Bozeman dans le manuel opératoire, nous mentionnons d'abord la position où il place la malade; la substitution de l'avivement perpendiculaire aux surfaces vésicale et vaginale, à l'avivement en surface; la suture métallique avec de gros fils embrassant de larges surfaces, passés au moyen de fils de soie simples et non d'anses, et maintenus par une plaque de plomb; l'emploi de la sonde à demeure.

Quant aux soins consécutifs, ils sont dirigés en vue d'assurer le libre écoulement des urines : M. Bozeman considère l'emploi de la sonde à demeure comme indispensable dans tous les cas, contrairement à ce que recommandent les chirurgiens allemands et notamment le professeur Simon de Heidelberg. Il la laisse un temps plus ou moins long suivant qu'elle est plus ou moins bien supportée par la vessie, et qu'elle s'altère ou qu'elle ne s'altère point au contact de l'urine. Au bout d'une huitaine de jours les fils sont coupés entre les grains de plomb et la plaque, celle-ci tombe et les fils peuvent être retirés.

Dans le cas que nous avons observé, l'opération fut longue et laborieuse, elle dura près de trois heures. Le passage des fils fut surtout très-difficile; mais l'affrontement put se faire sans tractions et le contact des surfaces avivées fut aussi parfait que possible. La fistule cependant était énorme, et le succès paraissait devoir être plus que douteux. Ajoutons tout de suite qu'il ne fut pas absolument complet. Le quatrième fil, qui était en contact avec la sonde à demeure, sectionna les tissus, et, à la chute de la plaque, on constata la persistance d'une fistulette de quelques millimètres de diamètre. Tel qu'il est, néanmoins, le résultat constitue un succès incontestable qui, nous l'espérons, sera parachevé au moyen d'une nouvelle opération.

Nous voyons actuellement des opérations jadis considérées comme demandant une expérience et une habileté exceptionnelles passer au nombre des opérations que tout chirurgien pratique aisément, grâce à des perfectionnements successifs dont les modifications instrumentales sont les moins importantes. Il en sera de même de l'opération de la fistule vésico-vaginale. Les chirurgiens qui en ont fait une étude particulière ont modifié sa technique et son manuel opératoire, de manière à faciliter et à rendre plus sûr chacun des temps de l'opération; celle-ci ne demande plus du chirurgien que de l'attention, une grande patience, une connaissance exacte des difficultés du cas particulier et des moyens qu'il peut leur opposer. M. Bozeman nous paraît avoir fait plus que la plupart de ses prédécesseurs et de ses contemporains, en établissant la nécessité du traitement préparatoire qui transforme une opération complexe en une opération

simple, et en cherchant dans l'observation de cette indication primordiale le garant assuré du succès.

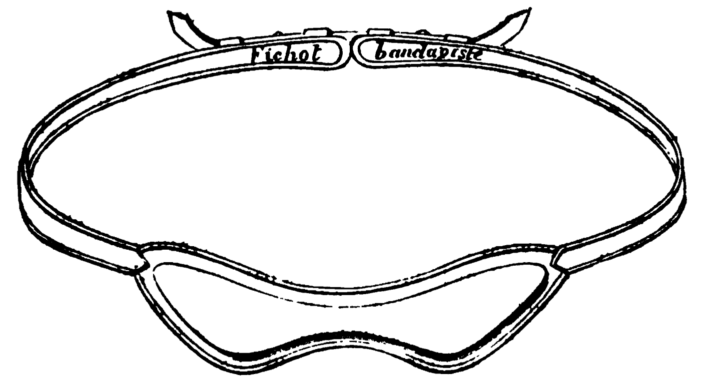
Il est un point sur lequel cet opérateur est en dissidence avec un grand nombre de chirurgiens : il affirme la possibilité de fermer dans tous les cas la fistule par avivement et suture sans jamais avoir recours à l'oblitération du vagin, de la vulve, ou même à l'inclusion du col utérin dans la cavité vésicale. Il est certain et l'on a vu tout récemment encore des exemples prouvant que par ces méthodes que M. Bozeman rejette d'une façon qui nous paraît trop exclusive, il est possible d'obtenir d'excellents résultats. Mais en admettant que l'occlusion de la fistule soit, de toutes les méthodes, celle qui rétablit le mieux l'intégrité fonctionnelle des organes pelviens, il est permis d'espérer que les perfectionnements sur lesquels nous venons d'attirer l'attention, reculeront les limites dans lesquelles cette opération peut et doit être pratiquée (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Présentation d'instruments.

M. GUÉNIOT présente une nouvelle ceinture (*ceinture à pression in-*



guinale) imaginée par lui dans le but de remédier à certaines douleurs

(1) Voir *Revue des sciences médicales*, 1876, t. VII, fasc. 2, p. 750 et suiv.

provoquées par les déplacements utérins. Cet appareil se compose essentiellement d'un bandage inguinal double, dont il conserve assez bien la forme. Seulement, pour dépouiller la pression de toute dûreté sans rien lui faire perdre de son efficacité, les ressorts sont plus doux dans la ceinture, les pelotes moins épaisses, plus allongées et plus élastiques que dans le bandage ordinaire. En outre, les deux pelotes se trouvent antérieurement reliées entre elles par un petit arc rembourré qui unifie l'action des ressorts. La ceinture ainsi constituée est ouverte en arrière seulement, elle se ferme et se serre comme les bandages ordinaires, à l'aide d'une courroie trouée que l'on fixe à un petit bouton. Son emploi, de même que sa composition, est donc de la plus grande simplicité.

D'après M. Guéniot, cette ceinture *inguinale* offre, sur la ceinture *hypogastrique*, plusieurs avantages très-importants. Ainsi :

1° Elle s'applique sur les points les moins résistants de la paroi abdominale, tandis que l'hypogastrique exerce sa pression au niveau de l'extrémité inférieure des muscles droits, extrémité déjà renforcée par les muscles pyramidaux ;

2° La ceinture inguinale comprime et soutient les régions mêmes où la douleur est généralement ressentie, tandis que la ceinture hypogastrique ne présente pas le même avantage, excepté dans quelques cas très-spéciaux ;

3° La nouvelle ceinture peut s'adapter à toutes les formes d'abdomen, tandis que l'ancienne n'est d'aucun secours pour les femmes maigres dont le ventre est dépourvu de saillie ;

4° Enfin, la ceinture inguinale bien faite ne détermine, dans les diverses attitudes de la malade, aucune pression pénible, tandis que la ceinture hypogastrique, malgré les modifications qu'on lui a fait subir, froisse souvent d'une manière très-douloureuse les parties molles contre les pubis.

M. Blot. Je crois que M. Guéniot se fait illusion au sujet de cette ceinture. Elle ne s'applique pas, comme il le dit, sur les plis inguinaux, mais sur les parties inférieures droites et gauches de l'abdomen. Cette ceinture agit comme toutes les ceintures, qui sont efficaces du moment qu'elles soutiennent le ventre. M. Chassaignac a démontré que l'immobilisation des organes contenus dans l'abdomen suffit ; ce qui convient le mieux c'est donc la ceinture ordinaire en caoutchouc, qui va à tout le monde et n'a pas besoin d'être essayée. Ces ceintures-là sont peu gênantes et les femmes les portent, au lieu de les serrer précieusement, comme elles font de la ceinture hypogastrique, qui n'a jamais redressé aucun utérus.

M. Guéniot. Je dirai que la ceinture élastique n'immobilise les viscères que si le ventre est proéminent.

(Séance du 1er mars 1876, *Bul. de la Soc. de chir.*)

Sarcome périostal de l'humérus chez une femme enceinte de huit mois. — Désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey modifié. — Accouchement normal. — Guérison.

PAR M. NICAISE.

Une femme de 22 ans, boulangère, entre à la maison de santé le 25 octobre 1875, pour une tumeur du bras gauche.

Chez cette femme, la menstruation s'est établie à 13 ans et demi, mais elle n'a pas été régulière ; il y a eu quelquefois des interruptions de 3 mois. — Pas de maladies antérieures.

Notre malade est mariée depuis un an, et se dit enceinte de 8 mois et demi ; la dernière époque menstruelle remonte au 9 février.

La maladie actuelle a commencé il y a une année, et s'est développée sans cause connue ; la malade n'a jamais reçu de coup sur le bras; elle exerce la profession de boulangère, et aidait activement son mari. Au début, elle ressentit des douleurs dans le bras, puis il survint du gonflement vers l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur; il y a 3 mois; le gonflement s'est montré à la face postérieure du bras, il a été ensuite en augmentant; l'accroissement de la tumeur a été surtout rapide depuis 3 semaines.

Cette tumeur considérable occupe le bras gauche ; inférieurement, elle s'arrête, en dedans, à 2 travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée, en dehors, à 3 travers de doigt au-dessus de l'épicondyle. En haut, elle s'étend plus en arrière qu'en avant; en arrière, elle s'arrête à 3 travers de doigt au-dessous de l'acromion : en avant et en dehors, la peau est saine dans l'étendue de 5 travers de doigt au-dessous de la même apophyse. La tumeur est fusiforme et très-renflée à sa partie moyenne ; sa circonférence est de 39 centimètres et demi.

La peau qui la recouvre est tendue, luisante, et laisse voir un réseau veineux assez développé ; à la partie externe, on remarque quelques ecchymoses sous-cutanées et dermiques.

La tumeur est molle, se laisse légèrement déprimer; sa consistance est la même partout ; sa surface est assez régulière ; en arrière, il y a une sorte de prolongement qui monte vers l'acromion.

La paume de la main, appliquée sur la tumeur, fait constater une augmentation de chaleur bien manifeste.

Aucun ganglion lymphatique n'est atteint, l'aisselle est libre et d'une exploration très-facile ; on distingue bien le faisceau vasculonerveux.

La tumeur est le siége de douleurs spontanées très-vives ; ce sont surtout des battements, quelquefois des élancements ; il y a aussi de l'engourdissement et des fourmillements dans la main, ce qui tient au soulèvement et à la compression des nerfs au niveau de la tumeur.

Les battements de la radiale, à sa partie inférieure, sont normaux: les veines de l'avant-bras sont très-volumineuses.

Le deltoïde est très-atrophié; les articulations du coude et de l'épaule sont saines; on ne constate ni gonflement, ni épanchement, ni gêne dans les mouvements.

La malade n'a cessé son travail que depuis trois semaines. L'état général est bon. mais l'amaigrissement est très-marqué; le sommeil et l'appétit sont nuls, ce qui tient à l'acuité et à la continuité des douleurs.

Le diagnostic est : *ostéo-sarcome encéphaloïde.* — L'ablation de la tumeur est indispensable, et il faut enlever aussi la totalité de l'os sur lequel elle siége; il s'agit donc ici d'une désarticulation de l'épaule.

Devait-on faire l'opération immédiatement ou attendre la délivrance de la malade? Celle-ci se croyait enceinte de 8 mois et demi, et il était assez difficile de contrôler son affirmation.

D'après son récit, l'accouchement devait se faire au bout de 15 jours; mais ensuite on se trouvait dans la période puerpérale, que certains chirurgiens considèrent comme moins favorable que toute autre pour la pratique des opérations.

En un mot, il fallait retarder l'opération de un mois au moins.

La tumeur présentait un accroissement rapide, les douleurs étaient très-vives, et la malade ne dormait ni ne mangeait. Du 25 octobre au 28, la circonférence de la tumeur avait augmenté de près de 2 centimètres. Je me décidai alors à pratiquer l'opération, que je fis le 29.

La malade est alors chloroformisée; j'applique sur le membre une bande d'Esmarch modérément serrée jusqu'au-dessous du point où devront porter les incisions, puis l'artère sous-clavière est comprimée sur la première côte. — Je procède ensuite à la désarticulation par le *procédé de Larrey modifié.* — La peau est coupée seule tout autour du membre, afin d'éviter l'encoche axillaire; je la laisse se rétracter spontanément, et je coupe le deltoïde en avant et en arrière, en suivant la ligne de la peau rétractée. Cette section est faite de façon que le muscle deltoïde soit coupé en biseau, aux dépens de la face interne (1). Le faisceau vasculo-nerveux est respecté, pour n'être coupé qu'après la désarticulation.

L'artère ainsi que les veines axillaires sont liées; des pinces à forcipressure sont appliquées rapidement sur un grand nombre de petites

(1) La section du deltoïde, perpendiculairement à ses deux faces, donne à la plaie des lèvres trop épaisses dont le gonflement consécutif empêche le rapprochement.

artères qui donnent sur la surface de section, puis elles sont remplacées immédiatement par des ligatures. — Il ne fut employé qu'une petite quantité de chloroforme, la malade perdit très-peu de sang.

La partie supérieure de l'incision est réunie par des fils métalliques, le reste des chairs est rapproché par deux bandelettes de diachylon entre-croisées. Pansement avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée ; le tout est recouvert d'une épaisse couche d'ouate, maintenue par une sorte de bonnet fait avec une écharpe triangulaire.

Bouillon, potage, vin de Bordeaux, potion morphinée.

Examen de la tumeur. — Celle-ci entoure directement et complètement l'humérus, elle soulève les muscles qui sont étalés à sa surface et amincis, plusieurs d'entre eux sont infiltrés par le tissu nouveau, et particulièrement au niveau de leurs insertions. — La tumeur est enveloppée d'une coque assez résistante qui la sépare des parties molles du bras ; cependant, au milieu des insertions musculaires, le tissu nouveau s'infiltre dans les faisceaux fibreux des tendons, et, de là, remonte plus ou moins entre les faisceaux des fibres musculaires.

Les vaisseaux et les nerfs sont étalés à la surface de la tumeur ; le nerf radial est soulevé et éloigné de l'humérus ; il divise la tumeur en deux lobes.

Le diamètre vertical de la tumeur est de 20 centimètres ; la plus grande circonférence de la tumeur, débarrassée des parties ambiantes, est de 32 centimètres.

A la coupe, la tumeur présente une masse blanchâtre, encéphaloïde, très-molle, offrant des points rougeâtres, vasculaires, et d'autres jaunâtres, comme ayant subi une sorte de régression. — Cette masse se sépare facilement de la face externe de l'humérus, que l'on trouve presque intacte et recouverte en plusieurs points d'aiguilles osseuses qui pénétraient dans l'épaisseur de la tumeur. La diaphyse n'offre aucune lésion macroscopique. Il s'agissait donc d'un sarcome sous-périostal, qui a décollé peu à peu tout le périoste, et qui paraît s'être propagé dans les muscles en passant par leurs insertions sur l'humérus ; en outre, par son siége spécial, ce sarcome a amené la formation d'aiguilles osseuses sous-périostiques, et qui sont implantées sur la face externe de la diaphyse.

Les suites de l'opération furent très-régulières ; la malade recouvra le sommeil et l'appétit, et son état général s'améliora rapidement.

La fièvre traumatique fut légère. La température fut, le 30 octobre, de 38°,3 le matin, et 38°,4 le soir ; le 31, de 37°,9 le matin et 38°,6 le soir ; le 1er novembre, de 38° le matin et 38°,4 le soir ; le 2, de 37°,3 le matin et 37°,8 le soir ; la température continue ensuite à se maintenir vers 37°.

Le pansement à l'eau alcoolisée fut renouvelé tous les jours ; une

grande partie de la plaie se réunit par première intention; la suppuration fut très-peu abondante.

Le 8 novembre, 11e jour après l'opération, la malade se lève. L'état général est excellent, la plaie ne donne lieu qu'à un petit écoulement de pus par sa partie inférieure.

1er décembre. La suppuration est un peu plus abondante, mais l'état général est excellent.

Le 3. La malade pèse 104 livres; elle accouche le 5, à onze heures du soir, d'une fille parfaitement conformée qui pèse 3 kilog. 400 gr. L'enfant est emmenée en nourrice.

Quelques jours après l'accouchement, il se forme deux fusées purulentes, l'une en avant et l'autre en arrière de l'extrémité inférieure de la plaie, le long du bord inférieur des muscles grand pectoral et grand dorsal; deux contre-ouvertures furent nécessaires. Cette poussée inflammatoire coïncida nettement avec la montée du lait dans les seins. Elle ne dura que quelques jours, et, vers le 20 décembre, la malade retournait chez elle, complètement guérie de son opération.

On remarque dans ce fait que l'accouchement a eu lieu près de dix mois après la dernière époque menstruelle : il est donc probable que la conception remontait, non pas à la fin de cette époque, mais immédiatement avant le commencement de la suivante. Si je fais cette remarque, c'est que plusieurs chirurgiens ont pensé que l'opération pouvait amener une prolongation de la grossesse : Cohnstein rapporte que ce fait a été observé par Busch, Mackintosh, Credé et Winckel.

Chez ma malade, l'opération ne pouvait être reculée ; elle était absolument urgente, et n'eut aucun retentissement sur la grossesse; l'accouchement se fit régulièrement, trente-six jours après l'opération.

Lors du gonflement des seins, il y eut une poussée inflammatoire vers la cicatrice. (Séance du 8 mars 1876, *Bull. de la Soc. de chir.*)

M. Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon, membre correspondant, communique l'observation suivante :

Épiplocèle traumatique abdominale, chez une femme, au neuvième mois de la gestation. — Les auteurs de médecine opératoire, les sociétés savantes, se sont occupés, non sans motif sérieux, de l'opportunité des opérations chirurgicales, chez les femmes en état de grossesse.

Sur cette question, les avis émanant de chirurgiens également très-autorisés diffèrent notablement. Cette divergence d'opinions n'est évidemment applicable qu'aux opérations pouvant être différées sans danger sérieux. On peut surseoir à l'extirpation de certaines tumeurs, à l'amputation d'un membre; mais une hernie étranglée, qu'elle soit

entérique, entéro-épiploïque, quand elle est étranglée et irréductible, se classe parmi les opérations d'impérieuse urgence, comme les hémorrhagies, le croup, etc.

Je me suis trouvé en présence d'une hernie épiploïque traumatique étranglée et irréductible, au milieu de circonstances qu'il m'a paru utile de faire connaître, tant à cause de la rareté du cas qu'à cause des résultats heureux qu'une opération chirurgicale m'a permis d'obtenir.

En l'année 1856, vers le commencement du mois de décembre, le Dr Quinement, médecin à Muron (Charente-Inférieure), me pria de venir lui donner mon concours pour un cas de plaie située dans la zone épigastrique. Cette plaie avait été produite dans une circonstance assez bizarre.

Une femme de 40 ans, très-robuste, enceinte de huit mois et demi, était occupée à couper, à l'aide d'une faucille tenue de la main droite, l'herbe qui poussait sur un talus de 2 mètres, formant berge ou muraille, et incliné notablement; la nuit commençait à se faire, l'orage était menaçant ; la blessée expliqua en quelques mots très-clairs ce qu'il advint :

« J'étais pressée, j'avais un peu peur du tonnerre, je fauchais avec précipitation pour compléter un fagot d'herbes, j'étais inclinée en avant, la jambe droite tendue, la jambe gauche fléchie et prenant appui sur le bas du talus ; le pied m'a manqué, le coup de faucille que je portais de droite et à gauche contre la poignée d'herbes que je tenais dans la main dépassa son effet, et je me sentis piquée au ventre. Je ressentis une vive douleur, du sang coulait ; je relevai un de mes jupons que je roulai en corde autour de mon corps et je rentrai à Muron où mon mari, m'ayant examinée, me dit que le sang était arrêté, mais que j'avais une grappe ou quelque chose de rouge qui pendait au côté de mon ventre. »

Ce récit est assez clair pour qu'il ne demande pas d'autres explications.

Cependant il est bon de préciser et de dire en termes scientifiques ce que je constatai moi-même :

La plaie était située dans l'hypochondre gauche ; elle n'avait pas plus de 3 centimètres et était transversalement dirigée. Une masse épiploïque légèrement turgide, du volume d'un œuf de poule, était sortie par la plaie et présentait un pédicule de forme ovalaire. C'était une portion d'épiploon.

Quelques tentatives de réduction avaient été faites sans succès au moment de l'accident et le lendemain.

Je plaçai la malade en décubitus dorsal avec légère inclinaison vers le côté droit. Je comprimai la masse herniée entre mes doigts pour la rendre exsangue, comme j'aurais pu le faire pour réduire un para-

phymosis. Ces manœuvres de réduction furent douces, lentes, soutenues. Je fis prendre à la malade des positions variées. Tous mes efforts furent sans succès.

En présence des angoisses, des nausées qui tourmentaient la malade, il fallut prendre un parti décisif. L'urgence d'un débridement n'était pas à discuter, malgré l'état avancé de la grossesse.

Voici ce qui fut fait avec l'aide de l'intelligent confrère qui m'avait appelé.

Opération. — La malade étant placée en décubitus dorso-latéral droit, une sonde cannelée put être engagée vers l'angle supéro-interne de la plaie (qui était un peu oblique) ; un bistouri boutonné droit, à lame étroite, me permit d'agrandir la plaie d'un centimètre et demi ; alors il me fut facile de détruire les adhérences récentes et peu résistantes qui s'étaient formées ; un rétracteur fut placé sur les lèvres opposées de la plaie, les bords relevés et écartés en infundibilum permirent à la masse épiploïque de rentrer. Un soulagement immédiat s'ensuivit, le hoquet disparut.

C'était le cas d'explorer le trajet de la plaie et la cavité péritonéale, de voir s'il n'existait ni caillot ni sang liquide épanché. Ce cas était prévu. J'entrevoyais l'indication de filer une sonde molle dans la cavité péritonéale et d'aspirer, à l'aide d'une seringue, tout ce qui aurait pu constituer une complication grave.

Je ne trouvai rien. Le ventre n'était le siége d'aucune tumeur localisée, même dans les parties déclives, au siége d'élection signalé par J.-L. Petit.

Mais ce que je pus constater très-clairement, c'est le contact de la face inférieure du lobe gauche du foie d'une part, en haut, et du corps de l'utérus en bas. Le fœtus réagit trop évidemment contre la petite pression que j'exerçai pour me laisser dans le moindre doute à cet égard.

Enfin, l'épiploon ayant une tendance à sortir au moindre mouvement imprimé au ventre, nous dûmes nous y opposer.

La gastroraphie fut pratiquée avec la modification très-importante de Blandin. Quatre fils doubles et solides furent passés suivant les règles à travers les lèvres de la plaie. Les deux bâtonnets furent serrés par un premier nœud entre les chefs séparés de chacun des fils, et les chefs de ces fils, roulés en corde de chaque côté, furent croisés et noués en avant, et sur un des côtés de la suture et par conséquent de la plaie. Deux larges plaques de diachylum, superposées à un linge légèrement imbibé d'huile d'olive, formèrent un pansement en cuirasse qui fut assujetti par une large bande de diachylum faisant le tour du corps, et dont les chefs s'entre-croisaient sur la plaie.

Voici les résultats très-satisfaisants qu'il nous fut donné de constater ultérieurement:

Cessation des accidents primitifs ; pas d'accidents consécutifs ; réunion solide de la solution de continuité ; accouchement normal vingt jours après la blessure ; les efforts d'expulsion n'amenèrent pas la déchirure de la cicatrice, que nous avions recommandé de soutenir à l'aide d'une ceinture solide et avec les mains pendant la durée du travail.

J'ai pensé que cette observation valait la peine d'être présentée à la Société de chirurgie, dont j'ai l'honneur d'être membre depuis de longues années, et qu'elle empruntait un caractère d'opportunité en vue de la question dont la Société s'est occupée très-récemment, relativement aux opérations chez les femmes grosses.

Discussion.

M. TILLAUX. Malgré le succès obtenu par M. Arlaud, je me demande si la conduite de notre collègue doit être imitée dans tous les cas analogues. Je crois, au contraire, qu'en présence d'une hernie épiploïque traumatique il ne faut pas chercher à réduire, surtout si l'accident remonte à 24 ou 48 heures.

M. LARREY. Qu'il me soit permis de rappeler, à l'occasion de ce fait, que j'ai autrefois consigné, dans un mémoire, les considérations relatives aux plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue de l'épiploon, et que mes recherches m'ont conduit à établir que l'expectation amène, le plus souvent, la régression progressive de l'épiploon et la guérison de la hernie sans accidents. Plus tard, cette opinion a été soutenue par notre regretté collègue Robert. Je n'ai d'ailleurs pas la prétention d'avoir eu l'initiative de cette pratique préconisée, il y a bien longtemps, par mon père, et avant lui par Pipelet. Toutefois, je ne critique en rien le mérite de M. Arlaud.

M. TILLAUX. Mon intention n'est pas non plus d'adresser aucun reproche à M. Arlaud, mais de rechercher quelle doit être, d'une manière générale, la conduite à tenir en pareil cas.

M. LE FORT. Lorsque la quantité d'épiploon hernié est un peu considérable, je crois que l'expectation seule ne suffit pas, et qu'il faut encore exciser l'épiploon au niveau de la paroi abdominale.

M. DESPRÉS. Toutes les fois que j'ai laissé l'épiploon dans la plaie, sans chercher à réduire, je n'ai jamais observé d'accidents.

(Séance du 29 mars 1876, *Bul. de la Soc. de chir.*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Transactions of the Obstetrical Society of London, t. XV, année 1873 (in-8°, *London*, Longmans, Green, and C°, 1874).

Nous sommes bien en retard pour rendre compte à nos lecteurs du 15e volume des *Transactions de la Société obstétricale de Londres*; mais il renferme un si grand nombre de faits et de mémoires du plus haut intérêt, que nous n'hésitons pas à revenir ainsi sur un passé déjà éloigné. Après nous avoir initiés, par la liste des membres de la Société, des Comités, des allocutions présidentielles, à toute l'administration intérieure, ce volume nous offre la série des séances et le compte-rendu de tout ce qui s'y est dit. Afin de mettre un peu d'ordre dans ces matériaux si complexes, nous y considérerons quatre parties: la clinique proprement dite, les opérations, l'anatomie pathologique et les instruments.

Les travaux de clinique pure ne manquent pas. Nous trouvons, en première ligne, une observation du Dr Heywood Smith, démontrant l'utilité des injections intra-utérines de perchlorure de fer pour arrêter les hémorrhagies post-puerpérales, et la discussion à laquelle elle a donné lieu au sein de la Société. Les *Annales de Gynécologie* ayant déjà rendu compte de ce sujet, nous nous bornerons à ajouter que la pratique des injections médicamenteuses intra-utérines a trouvé beaucoup moins d'accueil en France qu'à l'étranger.

Le professeur Lazarewitch (de Kharkoff) rapporte un cas d'accouchement provoqué par lui, au neuvième mois, chez une femme épileptique, affectée d'éclampsie, et qu'il délivra d'un enfant mort, après avoir dilaté, puis incisé le col, appliqué le forceps, et enfin incisé la vulve, par crainte d'une rupture du périnée. Disons en outre que la malade avait une ankylose de la hanche droite, et que, malgré tout, elle a guéri. Nous remarquerons aussi un cas d'utérus bicorne, rapporté par le Dr Sell (de Vienne), avec grossesse de la corne droite et accouchement, au moyen du forceps, d'un enfant vivant par un bassin rétréci; guérison de la mère. Le Dr Georges Roper mentionne le cas d'une femme arrivée au terme de sa grossesse et affectée d'une élongation du col utérin, lequel faisait saillie en dehors de la vulve. D'accord avec son collègue, M. Hopkins, l'auteur se décida, après quarante heures de travail, à pratiquer, sur l'orifice interne rigide, sept incisions équidistantes et profondes d'environ 25 millimètres: le forceps termina l'accouchement et amena un enfant vivant. La mère guérit très-bien; la portion intra-vaginale du col se flétrit, et fut amputée quelque temps après

Cette observation a donné lieu à une discussion dans laquelle le Dr Brunton a conseillé la position sur les genoux et les coudes comme devant favoriser l'accouchement dans les cas semblables, tandis que le Dr Playfair demandait quels sont les éléments du col utérin qui subissent l'élongation hypertrophique ; les docteurs Protheroë Smith et Madge ont fait ressortir l'innocuité des petites incisions sur l'orifice interne, rigide, surtout si l'on a soin, ensuite, d'employer la douche utérine, comme le conseille le premier. Les grossesses extra-utérines occupent dans ce livre une large place : MM. Ross Jordan, John Scott, Dr Meadows et Dr Mac Callum en ont rapporté plusieurs exemples de variétés diverses, et, dans un savant mémoire, M. Lawson Tait fait une étude critique du diagnostic. Nous nous bornons à mentionner ces travaux, sur lesquels nous nous réservons de revenir. Dans une courte note, le Dr Braxton Hicks appelle l'attention sur le susurrus musculaire que produit la contraction des muscles abdominaux pendant les efforts d'expulsion que fait la femme en travail ; il prétend que, dans un état de semi-contraction, il est facile de compter, montre en main, le nombre des vibrations, que celles-ci ressemblent aux bruits d'un cœur fœtal battant un peu vite; et qu'une observation superficielle pourrait confondre les vibrations musculaires et les battements du cœur d'un fœtus.

Les affections les plus communes de la peau chez les enfants ont donné occasion au Dr Alfred Wiltshire de fournir une série de recommandations des plus utiles sur ce point spécial de la pathologie infantile. Contrairement aux idées du professeur Hardy, M. Wiltshire ne fait pas de l'impétigo un degré plus avancé de l'eczéma ; il prétend que ce sont là deux maladies essentiellement différentes, l'eczéma ayant un siége tout superficiel, l'impétigo, au contraire, occupant des tissus plus profonds et entraînant presque toujours l'engorgement des ganglions. Nous n'en dirons pas plus sur ce travail dont la traduction a paru dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de cette année. — Nous renverrons également aux premiers numéros des *Annales de Gynécologie* les lecteurs curieux de revoir les leçons de M. Tilt sur le diagnostic de l'ovarite et sur les progrès de la pathologie pelvienne. — Mais il nous reste à insister davantage sur un sérieux travail du Dr Routh, au sujet de l'emploi des sondes et pessaires intra-utérins. Après avoir constaté que l'usage de ces instruments avait été trop décrié, l'auteur estime qu'il faut les faire précéder d'un certain nombre de précautions, qui sont : faire disparaître tous les signes inflammatoires ou congestifs du côté des ovaires et de l'utérus par l'application d'un vésicatoire sur le ventre ou de sangsues sur le col ; élargir le canal utérin soit par la dilatation au moyen de l'éponge préparée, soit par l'incision avec l'hystérotome. Du reste, il n'emploie pas indistinctement dans tous les cas les sondes utérines ; mais il

leur reconnait de l'utilité dans certaines maladies ; lorsque l'utérus et le col ont une tendance très-grande à revenir sur eux-mêmes, en oblitérant leur cavité ou leur orifice ; dans certains cas d'aménorrhée chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, par suite de travaux pénibles ou exagérés ; dans certains cas de dysménorrhée par élément mécanique ou par élément nerveux ; enfin, dans les cas de déviations utérines.

Pour ce qui regarde le pessaire, celui-ci doit ne pas avoir une longueur de plus de 5 centimètres, ne pas gêner les mouvements de latéralité de l'utérus sur lui-même ou sur ses ligaments, ni sur le vagin ; il est préférable de lui donner en haut une forme bicorne, il ne sera pas trop atténué à son extrémité inférieure ; enfin, il sera lisse et fabriqué avec une substance non corrosive. Ensuite, l'auteur se livre à une longue énumération des divers pessaires intra-utérins sous le rapport de leurs indications et de leur mode de fabrication. Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, le Dr Heywood Smith dit préférer voir les incisions qu'il pratique sur le col au moyen d'un bistouri, en se servant d'un spéculum, plutôt que d'employer l'hystérotome simple ou double ; les docteurs Wynn William et Chambers ont critiqué l'emploi des précautions préliminaires ; toutefois, ce dernier n'est pas d'avis qu'on doive appliquer un pessaire intra-utérin chez une femme qu'on laisse retourner chez elle à pied ; il faut, dit-il, opérer avec le chloroforme chez une malade alitée et qu'on laissera huit ou dix jours au lit. Les docteurs Edis et Tilt ont fait remarquer que l'introduction d'instruments intra-utérins n'est pas sans danger pour la personne sur laquelle on opère.

Les opérations se réduisent à deux : une céphalotripsie, rapportée par le Dr Braxton Hicks, pratiquée par lui pour un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin supérieur, avec guérison de la mère ; et une opération césarienne, où le Dr Harris (de Philadelphie) amena un enfant vivant ; la mère était rachitique et n'avait pas plus d'un mètre de haut ; elle succomba au bout de seize heures. Enfin, M. Eyton Jones nous donne l'observation d'une femme de 26 ans, primipare, qui, à la suite de sa couche, présentait des désordres si effrayants du côté des organes génito-urinaires (fistules vésico-vaginale et recto-vaginale), que sir James Paget avait reculé devant une opération quelconque, et cela deux ans après qu'elle était accouchée.

En fait d'anatomie pathologique, plusieurs travaux appellent notre attention. Notons d'abord la description que donne M. Ashburton Thompson, de la tête d'un monstre cyclope, appartenant, d'après Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, à l'ordre des cyclocéphaliens. Rien à noter comme antécédents du côté du père, ni du côté de la mère : frayeur très-grande au troisième mois de la gros-

sesse; accouchement au huitième mois. Le développement de l'enfant était complet partout, sauf à la face où les os du nez font défaut, et où les deux globes oculaires sont accolés l'un à l'autre dans un orbite commun : chacun est néanmoins pourvu de son nerf optique. Le nez, rudimentaire, situé sur la ligne médiane, ressemble étrangement à un pénis : il a l'air de donner accès à une cavité centrale, laquelle en réalité ne se prolonge pas en arrière et n'est qu'un simple cul-de-sac : ce nez est exclusivement composé de tissu cellulaire ; sa position est plus élevée que celle de l'orbite unique. Le monstre a vécu une heure et demie. — Une autre malformation congénitale est celle d'une enfant qui vécut jusqu'à dix-huit jours avec une extroversion de vessie compliquée de l'absence du rectum et de la symphyse pubienne et développement de l'utérus en deux parties latérales. L'autopsie fut faite avec soin par les docteurs Rasch et Cooper Rose ; ce dernier avait présenté l'enfant vivant à la société. On remarqua des adhérences entre le péritoine et l'intestin : le côlon, par où passaient toutes les matières fécales, s'ouvrait dans l'épaisseur de la vessie ectopique, puis se terminait plus loin en cul-de-sac. Le pubis faisait défaut sur un espace de 3 centimètres ; sur les branches des deux ischions reposaient deux corps arrondis, isolés l'un de l'autre, et qui n'étaient autre chose que deux utérus, avec leur cavité, leur muqueuse, leur trompe et leur ovaire ; de plus, l'utérus droit offrait un col en saillie dans une cavité en cul-de-sac ; ces caractères manquaient à l'utérus gauche ; les autres organes n'offraient rien de particulier. — Enfin, le Dr Heywood Smith a communiqué un exemple de hernie diaphragmatique chez un enfant mâle qui a vécu trois quarts d'heure. Dans une figure jointe au texte, on peut constater que presque tout l'intestin grêle et la moitié supérieure du gros intestin se trouvent dans le côté gauche de la poitrine et ont refoulé le cœur vers la droite, le poumon en haut ; ils ont pénétré par un orifice de la grosseur du petit doigt et situé en arrière de la partie gauche du diaphragme. L'auteur ajoute que des anomalies analogues se trouvent dessinées dans les ouvrages d'Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire et de Vrolik. — M. Fletcher Beach a présenté à la société l'utérus et les ovaires d'une fille de 7 ans, morte de méningite tuberculeuse à l'hopital des Enfants-Malades (Hospital for sick children). Infiltration caséeuse de tous les organes ; l'ovaire droit adhérait à l'appendice vermiforme, tandis que le gauche était soudé à une partie de l'intestin grêle. — Le docteur Playfair raconte l'histoire d'une femme de 23 ans, qui mourut d'épuisement, par suite de suppuration, neuf mois après être accouchée, et à l'autopsie de laquelle il avait trouvé une nécrose à peu près complète des pubis, avec fusées purulentes jusque vers l'articulation coxo-fémorale gauche et un trajet assez étroit jusqu'à la petite lèvre gauche, par où le pus se frayait jour au dehors. L'auteur estime fort

rare cette affection osseuse à la suite des couches; mais il renvoie à deux autres cas analogues publiés dans la *clinique médicale* du professeur Trousseau.

Divers praticiens sont venus présenter de nouveaux instruments ou des modifications plus ou moins ingénieuses d'instruments anciens. C'est ainsi qu'on a vu défiler, dans plusieurs séances successives, le trépan et le crânioclaste du professeur Carl Braun (de Vienne), l'écraseur et le serre-nœud du Dr Heywood Smith et du professeur Lazarewitch (de Kharkoff), le tube pneumatique en caoutchouc du Dr Protheroë Smith, pour faciliter l'introduction du spéculum cylindrique, et enfin les améliorations des docteurs Playfair et Wynn Williams, aux divers pessaires vaginaux ou intra-utérins.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce trop rapide coup d'œil, d'avoir analysé ni même cité tout ce que le tome quinzième des *Obstetrical Transactions* renferme de travaux importants; mais nous en avons assez dit pour montrer qu'on s'occupe beaucoup d'accouchements chez nos voisins, et faire voir de quelle ressource serait pour nous, à Paris, la fondation d'une société qui ne s'occuperait que de gynécologie.

Dr Edouard LABARRAQUE.

De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. — Recherches cliniques et expérimentales, par le Dr P. BUDIN, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, etc.

Ce travail, nous nous hâtons de le dire, un des plus importants, concernant l'obstétrique, qui aient paru dans ces dernières années, comprend deux parties bien distinctes ou plutôt deux monographies extrêmement intéressantes toutes deux, mais dissemblables par le sujet traité, par la méthode d'observation suivie, et ne s'enchaînant guère que par la valeur des résultats obtenus.

Dans un avant-propos écrit de main de maître, où la phrase toujours frappée au bon coin sort de la plume admirablement nette, comme dans tout le cours de l'ouvrage, du reste, l'auteur, après avoir rapporté l'idée de son travail au chirurgien en chef de la Maternité, M. Tarnier, nous expose le plan qu'il a suivi.

« Notre travail comprendra deux parties principales; la première est essentiellement clinique, la seconde est expérimentale. Dans la première, après avoir payé un juste tribut aux principaux travaux de nos devanciers, dont quelques-uns sont très-remarquables, nous exposerons les méthodes que nous avons employées, les résultats que nous avons obtenus et les conclusions que nous avons cru pouvoir en tirer, conclusions que l'anatomie du crâne nous permet, on le verra, d'expliquer avec la plus grande facilité. »

Le premier chapitre est consacré à l'historique de la question. On y trouve un excellent résumé, quoique succinct, des différents travaux parus en France et à l'étranger, qui ont trait à l'étude des déformations de la tête du fœtus. Dans le deuxième chapitre, M. Budin démontre tout d'abord que: « quand on étudie dans les traités classiques ou dans les manuels d'accouchements, la tête du fœtus à terme, rien n'y est moins exactement déterminé que ces différents diamètres; ensuite, que le plus grand diamètre antéro-postérieur n'est pas l'occipito-mentonnier indiqué par tous les auteurs, mais bien un diamètre sus-occipito-mentonnier, qui s'étend du menton à la suture sagittale et vient aboutir en un point variable situé entre la pointe de l'occiput et la fontanelle antérieure et qu'il appelle *diamètre maximum.*

Outre ce premier diamètre, l'auteur choisit et étudie les suivants :

Le diamètre occipito-mentonnier qui, pour lui, va de la pointe de l'occiput au menton ;

Le diamètre occipito-frontal, de la pointe de l'occiput à la racine du nez ;

Le diamètre sous-occipito-bregmatique, du point de rencontre de l'occipital et de la nuque, au milieu de la grande fontanelle ;

Le diamètre bipariétal ou diamètre transverse maximum postérieur ;

Le diamètre bitemporal ou diamètre transverse minimum ;

Et le diamètre bimastoïdien, d'une apophyse mastoïde à l'autre ;

Puis enfin, deux circonférences, l'une *grande* circonférence passant par les extrémités du diamètre antéro-postérieur maximum ; l'autre, petite circonférence, par les extrémités du diamètre sous-occipito-bregmatique.

Pour mesurer ces diamètres, M. Budin se sert d'un céphalomètre très-ingénieux et qui lui donne des mesures aussi exactes que possible. Ensuite, afin de présenter au lecteur les différentes déformations de la tête, l'auteur a obtenu, à l'aide du procédé que nous avons employé pour prendre les tracés des différentes déformations du bassin, des tracés crâniographiques extrêmement curieux et qui, rassemblés à la fin de l'ouvrage sur 30 planches, ne constituent pas une des parties les moins intéressantes de ce livre.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à l'étude de la forme de la tête, immédiatement après l'accouchement, suivant que l'enfant se présente par le siége, le sommet (se dégageant en avant ou en arrière), la face, et enfin à l'étude des déformations tout à fait exceptionnelles, « conséquences d'un rétrécissement du bassin ou de particularités survenues pendant l'accouchement. »

Ne pouvant ici consigner tous ses résultats, nous ne donnerons que

les conclusions formulées par l'auteur à propos de l'accouchement normal en présentation du sommet.

« Dans ce cas, le diamètre *occipito-mentonnier* et le diamètre *occipito-frontal*, contrairement à ce que l'on croyait généralement, au lieu d'augmenter *diminuent*.

Le diamètre antéro-postérieur qui augmente est un diamètre *sus-occipito-mentonnier* ou diamètre *maximum*, qu'on a toujours jusqu'ici confondu à tort avec le diamètre occipito-mentonnier. Le diamètre *sous-occipito-bregmatique* diminue parfois d'une façon considérable pendant l'accouchement.

Le *bitemporal* diminue aussi pendant l'expulsion du fœtus.

Enfin, le diamètre *bipariétal* n'est pas, comme on le dit, le diamètre qui se réduit le plus, c'est au contraire le diamètre qui se réduit le moins.

Ces faits, ce mécanisme *passif*, subi par la tête du fœtus s'expliquent :

Par l'existence des fontanelles ; par la situation des diverses sutures ; par la disparition et la structure des os qui concourent à former la voûte du crâne et en particnlier :

1° Par l'existence d'une *charnière fibro-cartilagineuse* qui, au moment de la naissance, réunit la portion écailleuse de l'occipital à sa portion basilaire.

2° Par la grande dépressibilité de l'extrémité libre du frontal.

3° Par la souplesse et parfois l'ossification incomplète du bord interne ou sagittal des deux pariétaux.

D'après ce que l'on peut voir par ce court aperçu, mais surtout en étudiant l'ouvrage en entier, on sera, croyons-nous, facilement convaincu que les travaux de Baudelocque, Thouret, Pétrequin, Delore et Joulin en France, Stadfeldt Dorhn, Barnes, Schrœder, Hecker, Kueneke, Grossmann, Fanckauser à l'étranger, qui se sont occupés de cette question, quoique intéressante à divers titres et à différents degrés, avaient laissé de bien grandes lacunes, qui aujourd'hui, grâce à l'ouvrage de M. Budin, ont complètement disparu.

Si nous ne savons pas encore dans tous les cas *pourquoi* la tête se déforme, nous savons du moins exactement *comment* elle se déforme. Nous espérons bien que dans un prochain mémoire le Dr Budin comblera également ce *désideratum*.

Dans la seconde partie, qui est incomplète, dit l'auteur, nous avons rapporté un certain nombre d'expériences. *Elles ont été faites dans le but de savoir si, lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin, l'accoucheur doit, à terme, employer le forceps ou la version, ou bien si l'accouchement ayant été provoqué, il doit dans ce cas encore, l'expulsion spontanée n'ayant pas lieu, avoir recours au forceps ou à la version.*

Eh bien, cette question si controversée, si diversement interprétée.

si peu ou si mal étudiée, quoi qu'on en ait dit, dont l'intérêt au point de vue clinique a une portée immense, vient de faire un grand pas.

Malheureusement l'on regrette avec l'auteur, en présence des résultats si inattendus auxquels il est arrivé, que les expériences ne soient pas plus nombreuses. Mais, ce qui vient donner à ces dernières une valeur exceptionnelle et pour ainsi dire les décupler, c'est la manière dont elles ont été faites et dirigées. En effet, nous n'oublions pas, dit M. Budin, que M. Tarnier, après nous avoir vivement conseillé ces expériences, a bien voulu, en assistant à la plupart d'entre elles, non-seulement nous encourager par sa présence, mais aussi nous prodiguer ses savants conseils et nous faire profiter de ses connaisseances sur bien des points.

Voici à quelles conclusions, en présence des résultats obtenus, M. Budin est arrivé :

1° Expériences faites avec des têtes de fœtus *à terme*, dans des bassins viciés par le rachitisme (rétrécis d'avant en arrière, bassins plats), mais symétriques et dont le diamètre promonto-pubien minimum mesurait de 7 centimètres à 8 1/2.

Dans ces cas, le forceps est préférable. Si on fait la version, on s'expose à produire la séparation des vertèbres du cou ; de plus, presque toujours, il faut employer une force plus considérable qu'avec le forceps.

Dans les rétrécissements au-dessous de 7 centimètres, la version semble ne devoir point permettre la sortie d'un fœtus à terme vivant ou viable; au contraire, dans les expériences faites sur des fœtus nés *avant terme*, surtout vers le septième mois, avec des bassins mesurant de 4 centimètres 1/2 à 7, *la traction est toujours moindre lorsqu'on fait la version et beaucoup plus considérable lorsqu'on emploie le forceps.*

D'après ces données qui viennent justifier en grande partie la pratique des accoucheurs français, il semble aussi que le précepte formulé par Barnes, appuyé par les résultats cliniques d'Alexandre Milne, soit exact, à savoir que : « quand le diamètre conjugué est rétréci, la version est le complément obligé de l'accouchement prématuré à 7 ou 8 mois. »

En résumé, ainsi qu'on peut le voir, la seconde partie de cet ouvrage, purement expérimentale, a conduit l'auteur à formuler des données immédiatement pratiques. Quant à la première, qui repose toute entière sur des observations cliniques, les résultats sont surtout de nature scientifique, mais maintenant que nous connaissons mieux le loi physiologique qui préside aux déformations de la tête, nous ne doutons pas que, dans un bref délai, la chirurgie obstétricale trouve à en faire l'application dans bien des circonstances où jusqu'à présent les accoucheurs étaient guidés bien plus par l'expérience, pour ne pas

dire la routine, que par la connaissance exacte des faits, en particulier dans l'emploi du forceps.

Dr A. Pinard,
Chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Traité pratique des maladies du larynx précédé d'un traité complet de laryngoscopie, par le Dr Ch. Fauvel. 1 vol. in-8°, de 931 pages avec 144 figures et 20 planches. — Paris, 1876, chez V.-A. Delahaye; prix : 20 francs.

Nous regrettons que le manque d'espace et la nature de l'ouvrage de M. Fauvel nous empêchent d'en faire un compte-rendu détaillé dans les *Annales*, dont les colonnes sont particulièrement réservées aux travaux de gynécologie. Ce livre est certainement le plus complet de tous les traités qui ont paru jusqu'à ce jour sur les maladies du larynx, tant en France qu'à l'étranger.

La laryngoscopie proprement dite forme la première partie du livre. Elle comprend l'historique, la description des méthodes d'examen et des appareils nécessaires à la laryngoscopie. l'image laryngoscopique dans tous ses détails, et enfin l'arsenal chirurgical. Cette première partie constitue, à elle seule, un traité didactique et complet; c'est le manuel de l'étudiant en laryngoscopie.

Dans la seconde partie, M. Fauvel aborde la pathologie du larynx. Cette partie de l'ouvrage comprend deux sections : la première consacrée à l'étude des polypes, la seconde à l'étude des cancers primitifs du larynx. L'auteur se propose de publier prochainement une seconde monographie qui comprendra les affections catarrhales, syphilitiques, tuberculeuses et scrofuleuses, les paralysies de l'organe vocal, ainsi qu'un traité de rhinoscopie.

Il nous faudrait occuper trop de place si nous voulions parler comme il convient des chapitres où sont traitées les affections polypeuses du larynx que l'auteur a étudiées avec une prédilection très-marquée. Nous signalerons seulement, à propos de la fréquence de ces affections, un point qui se rattache à la gynécologie. M. Fauvel a remarqué que les polypes du larynx sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme, et il cherche à expliquer les causes de cette prédominance. « L'homme, nous dit-il, est beaucoup plus exposé que la femme aux causes qui paraissent favoriser le développement de cette affection et entre autres à l'irritation prolongée de la muqueuse laryngée. Beaucoup de professions, qui semblent influer sur la genèse des polypes, sont exclusivement exercées par les hommes. De plus, cette genèse polypeuse trouve chez la femme une porte de sortie du côté de l'utérus. » Nous ne saurions dire jusqu'à

quel point cette théorie doit être acceptée, mais toujours est-il que, sur 300 cas de polypes laryngés, 231 ont été observés chez l'homme et 69 chez la femme.

La même remarque a été faite pour le cancer primitif du larynx. Sur 34 cas, 3 seulement ont été observés chez la femme. Y a-t-il là une simple prédisposition ou bien le résultat d'habitudes enracinées, telles que l'abus du tabac, des liqueurs alcooliques, etc.? M. Fauvel propose la même explication que précédemment et croit que si la diathèse polypeuse trouve un terrain tout préparé dans la matrice, il en est de même de la diathèse cancéreuse qui atteint si souvent les seins et l'utérus.

Ce court sommaire ne peut donner qu'une idée très-imparfaite de ce livre, qui doit prendre la première place parmi les traités de ce genre qui ont été publiés jusqu'à ce jour. M. Fauvel a réuni les 337 observations personnelles qui forment la base de son travail dans un tableau qui, sous forme de résumé, permet mieux d'en saisir l'ensemble, au point de vue des symptômes, du traitement et de la terminaison. L'ouvrage se termine par un atlas de 20 planches, dont 7 en chromo-lithographie.

Dr Lutaud.

REVUE DES JOURNAUX

Des adhérences épithéliales du vagin, par les Drs Gian Piétro Piana et Giuseppe Bassi. — Ce travail, fondé sur des recherches d'anatomie et d'embryogénie comparées, contient des résultats intéressants au point de vue de la genèse de certains cas de sténose ou d'atrésie du vagin chez la femme. Nous allons le résumer brièvement.

Geoffroy St-Hilaire avait noté comme un fait exceptionnel que, chez la taupe, le vagin jusqu'au sixième mois après la naissance, ne présente pas d'ouverture extérieure. Il croyait que la peau passait au devant de l'extrémité inférieure de ce canal, sans présenter aucune modification, et rendait ainsi impossible la distinction entre les femelles et les mâles.

Le professeur Ercolani, qui a étudié récemment cette question, montra que cette atrésie ne tient pas à la disposition de la peau, mais à des adhérences épithéliales du vagin. Il constata en outre le même fait chez les rats et les chats. G. P. Piana et G. Bassi ont cherché si une semblable disposition ne se rencontrait pas chez d'autres animaux et chez la femme, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant les premiers temps après la naissance. Leurs recherches ont porté sur des fœtus humains et sur des fœtus de vache, de brebis, de rat et de chat.

On sait qu'au voisinage des conduits des corps de Wolff s'en développent de bonne heure deux autres, nommés canaux de Müller. Tous quatre débouchent dans le sinus uro-génital. Les conduits des corps de Wolff n'ont qu'une très-faible part à la formation des organes génitaux femelles. Les canaux de Müller, au contraire, y prennent une très-grande part, différente, il est vrai, selon les auteurs; tous s'acccordent à reconnaître, cependant, que les trompes de Falloppe en proviennent. Leukart et Thiersch, et plus récemment Kölliker ont soutenu que non-seulement les trompes, mais aussi l'utérus tout entier et le vagin en dérivent. Kölliker a montré, en outre, que les canaux de Müller ne commencent pas leur fusion au point où ils débouchent dans le sinus uro-génital, mais plus haut; de sorte qu'il y a un moment où les deux conduits, séparés à leurs extrémités supérieures et inférieures, sont réunis ensemble en un point intermédiaire, avant d'atteindre le sinus uro-génital; disposition remarquable qui explique les cas d'utérus unique avec vagin double.

L'exactitude de ces faits est constatée par G. P. Piana et G. Bassi. Voici maintenant le résultat de leurs recherches propres :

1° Chez des rats presque adultes, aussi bien que chez la taupe, on observe une atrésie complète du vagin, atrésie qui apparaît ainsi constituée sur des coupes transversales. Le vagin est revenu sur lui-même en formant des plis nombreux, en sorte qu'il n'existe aucune cavité dans son intérieur. On y voit, à la place de celle-ci, une mince couche épithéliale qui, par suite de la coalescence des parois, se trouve transformée en une double couche épithéliale dans l'épaisseur de laquelle sont des nodules semblables à ceux de l'épithélioma;

2° Chez les petites chattes nouveau-nées, l'atrésie due à la même cause s'observe quelquefois jusqu'à l'âge d'un mois;

3° Chez les agnelles à la mamelle, on trouve encore des traces de l'atrésie, à savoir quelques plis de la muqueuse entre eux. Chez les fœtus de quatre mois l'atrésie est complète;

4° Chez un fœtus de vache de sept semaines, le vagin est représenté par deux conduits (conduits de Müller), séparés l'un de l'autre par une lame très-mince de tissu embryonnaire et tapissés par un épithélium cylindrique simple. Chez un fœtus de huit semaines, les canaux de Müller étaient déjà fusionnés en un seul sur toute la longueur correspondant au vagin. Au-delà, et sur un court espace, ils étaient encore distincts. Chez un fœtus de vache de onze semaines, le canal vaginal était encore perméable, mais son calibre était considérablement rétréci par les nombreux plis que formait la muqueuse, et dont quelques-uns présentaient déjà l'adhérence épithéliale. Chez des fœtus de dix-sept à vingt-quatre semaines, la portion supérieure du vagin est transformée en une grande cavité remplie d'un liquide séro-albumineux, qui

y reste emprisonné par suite de l'oblitération de la portion inférieure du canal. Cette dernière portion montre au microscope, sur des coupes transversales, que l'oblitération dépend des adhérences épithéliales des plis de la muqueuse. La couche d'épithélium pavimenteux stratifié qui se trouve entre deux plis de la muqueuse varie d'épaisseur. Au sommet de ces plis, elle est généralement très-mince, ne mesurant pas plus de $0^{mm},010$ d'épaisseur, et consistant en un ou deux rangs de cellules; tandis qu'à la base des plis l'épithélium est notablement plus épais.

En comparant des coupes transversales de la portion atrésique du vagin chez des fœtus de dix-sept semaines et sur d'autres de vingt semaines, on voit que chez ces derniers la couche épithéliale qui se trouve entre les plis de la muqueuse est beaucoup plus compliquée que chez les premiers; ce qui revient à dire que ces plis sont plus nombreux, plus subdivisés ou plus minces. Chez les fœtus presque à terme, l'atrésie résiste plus, mais il reste encore quelques plis adhérents, surtout à la périphérie.

5° Chez un fœtus humain de trois mois, on voit sur des sections transversales que le vagin est constitué par un petit canal unique, très-étroit. Chez un fœtus de cinq mois, on trouve l'atrésie du vagin, par adhérences épithéliales, dans la partie inférieure du vagin. Chez un autre, de cinq mois aussi, on observe l'atrésie sur toute la longueur du vagin, depuis l'hymen jusqu'au col utérin. Mais les adhérences épithéliales qui la constituent sont moins compliquées que dans le fœtus de vache. Chez un fœtus humain de six mois, le vagin est obturé en totalité par une masse blanche ramollie au centre, où elle a l'aspect et la consistance de la crême. Le microscope montre qu'elle est exclusivement constituée par des cellules épithéliales dont les plus centrales ont subi la dégénérescence graisseuse. Au contact du cette masse, la muqueuse est plissée et présente des papilles. Chez des fœtus à terme, la couche est encore très-developpée, et les papilles sont nombreuses, surtout dans le voisinage de l'hymen; mais le vagin est perméable.

En résumé, chez la femme aussi bien que chez un certain nombre de femelles d'animaux, le vagin qui au début de sa formation et à son complet développement forme un canal ouvert, passe par un stade intermédiaire dans lequel il est oblitéré par des adhérences épithéliales. Cette oblitération survient à une époque postérieure à la fusion des deux canaux de Müller en un seul, et commence au moment où l'épithélium cylindrique qui le tapisse se transforme en épithélium pavimenteux stratifié. Dans l'espèce humaine, l'atrésie peut occuper toute la longueur du vagin. Elle est due probablement au contact des parois vaginales, déterminé par le développement de la tunique musculaire de ces parois et par la constriction produite par le muscle

constricteur de la vulve qui, durant la vie fœtale, s'étend aussi sur une partie du vagin.

Le décollement des parois du vagin, dans l'espèce humaine, dépend de la dégénérescence graisseuse des masses épithéliales. Dans l'espèce bovine, il est produit par la distension opérée de l'intérieur à l'extérieur par le liquide albumineux réuni au-dessus de la portion atrésique, etc.

Ces adhérences épithéliales peuvent avoir une valeur tératologique et pratique lorsqu'elles persistent, en tout ou en partie, après la naissance. Elles donnent lieu alors à l'atrésie ou à la sténose du vagin. Les auteurs italiens ont eu la démonstration de ce fait en faisant des coupes transversales sur le vagin d'une petite fille de 7 ans chez laquelle les adhérences épithéliales avaient persisté en grande partie.

Des faits semblables ont été observés pour les paupières, pour l'urèthre, pour le prépuce et pour les petites lèvres. (*Rivista clinica di Bologna*, novembre 1874.) Dr Viault.

VARIÉTÉS.

Moyen facile d'enlever le mucus adhérent au col utérin. — Tous nos confrères, qui s'occupent des maladies des femmes, savent combien il est souvent difficile de déterger l'orifice utérin et d'enlever complètement le mucus adhérent, visqueux et tenace, caractéristique de certaines formes de catarrhe.

Demandant vainement, depuis plusieurs années, aux chimistes, une substance inoffensive, miscible ou émulsive avec le mucus. et qui puisse servir à absterger rapidement l'orifice et les culs-de-sacs, j'ai essayé diverses substances, et, comme toujours, l'idée la plus simple est arrivée la dernière.

Trempez un pinceau de charpie dans du jaune d'œuf cru et frais, mélangez quelques secondes avec le mucus, lancez une fois ou deux de l'eau dans le spéculum en continuant à agiter doucement le pinceau.

Après avoir fait écouler le liquide, séchez le col. Il est alors si parfaitement *mouché*, qu'il apparaît débarrassé de toute sécrétion.

Professeur Pajot.

De la scarlatine puerpérale.

Cette complication de la puerpéralité n'est pas très-commune, et par malheur pour le praticien qui a la malchance de la rencontrer sur son chemin, elle est loin d'être d'une guérison toujours assurée. Ainsi, tandis que Senn (*Thèses de Paris*, 1825) a vu mourir à la Ma-

ternité 4 malades sur 7, Hervieux (*Union méd.* 1867, n°° 122-127) a, dans le même milieu, compté autant de guérisons que de cas. Pareille dissemblance s'est présentée à Nimes en quelque sorte sous mes yeux : pendant que je perdais 2 malades sur 4, plusieurs confrères interrogés à ce sujet m'ont dit avoir compté autant de guérisons que de malades. Et pourtant les conditions de milieu semblaient en apparence les mêmes, et pourtant le traitement adopté pour les unes et les autres avait été à quelques différences près tout à fait analogue.

La dissemblance dans les dénoûments intervenus me parut tout d'abord inexplicable ; pourtant en me livrant à quelques recherches, en examinant de près les cas heureux ou malheureux, j'arrivai à conclure qu'elle pouvait être expliquée par l'époque variée où s'était manifestée l'éruption exanthématique. En d'autres mots, plus la scarlatine avait paru à une date plus rapprochée de l'accouchement, plus les cas de mort devenaient plus nombreux. Cette solution, émise alors sous bénéfice d'inventaire, se trouve aujourd'hui confirmée par les travaux ultérieurs. Le plus récent d'entre eux, publié par Olshausen (*Arch. f. Gynæk.*, t. IX, p. 169), ne laisse subsister aucun doute à cet égard, et comme, d'autre part, il résume les travaux publiés précédemment sur le point, il est bon à lire. Pour ceux qui ne peuvent consulter l'original, je vais en donner un résumé succinct.

Les primipares sont plus exposées que les multipares à la scarlatine, puisque sur 104 cas donnant ce renseignement, 62 concernent des femmes à leur premier accouchement. Cette différence tient vraisemblablement à leur plus grande jeunesse et à cette circonstance que parmi elles s'en trouve un plus grand nombre qui n'ont pas encore eu cet exanthème.

La maladie peut se montrer soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement. Elle est moins fréquente dans le premier cas que dans le second, puisque Dance, Koch, Hervieux, Cremen, Hardy et Hicks en ont vu chacun un seul exemple, et que moi-même n'en ai recueilli qu'un au septième mois de la grossesse. La maladie se termina par la guérison, et l'accouchement eut lieu au sixième jour : partant il est logique d'admettre qu'elle exerça une influence sur celui-ci.

Après l'accouchement, il en a été relevé 112 cas, en y comprenant les trois qui me sont propres. L'exanthème s'est montré aussitôt la parturition dans 8, du premier au deuxième jour, chez 64 ; au troisième jour chez 27, enfin, après le troisième jour, chez 23. On n'en connaît pas d'exemple après le premier septénaire.

La scarlatine puerpérale est tantôt excessivement bénigne, tantôt extrêmement grave. Ainsi, on l'a vue amener la mort dans l'espace de quarante-huit heures. Clintock (*Dublin quart. Journ.* 1866, t. XLI, p. 53),

en a signalé six cas, Olshausen un cas, et moi-même, au début de ma pratique, en ai recueilli un qui m'a singulièrement surpris. L'utérus n'était nullement sensible; il n'y avait pas le moindre indice de phlébite, mais il y avait des ecchymoses cutanées et suppression d'urine. A défaut d'autopsie, j'incline à croire que cette femme, âgée de 28 ans, mère de quatre enfants, a succombé à une néphrite scarlatineuse.

Dans les cas épidémiques comme aussi dans les cas sporadiques, le pronostic doit être extrêmement réservé, car la mortalité est extrêmement contingente. Aux exemples cités au début de cet article, il peut en être ajouté d'autres. Ainsi Browns (*Brit. med. journ.* 1862, 8 febr.), dans une petite épidémie, de neuf cas, n'a pas eu un seul décès; Clintock, au contraire, sur 34 malades en a perdu 10. Hicks, sur 18 en a perdu 14, Halahan (*Dublin quart. Journ.* 1862, t. XXXVI, p. 214), sur 25 en a guéri 6, et Denham, une seulement sur 8.

D'une manière générale, la mortalité est très-considérable. Des 8 cas survenus pendant la grossesse, 3 moururent; de 137 survenus pendant la puerpéralité, 66 succombèrent.

Abstration faite du caractère de l'épidémie qui influence d'une façon plus ou moins malheureuse le cours de la maladie, on doit tenir un compte notable de l'époque où a paru l'exanthème. Plus la scarlatine se montre à une date rapprochée de l'accouchement, plus les cas de mort se multiplient, ainsi que cela ressort de la statistique d'Olshausen.

Sur 8 tombées malades aussitôt après l'accouchement, 6 succombèrent.	6 — 75 %
Sur 62 qui tombèrent mal. du 1 au 2e jour, 35 succ.	35 — 56.5 »
Sur 27 — au 3 jour, 14 —	14 — 51 8 »
Sur 22 — après le 3 jour, 3 —	3 — 13.6 »

Enfin, en ce qui concerne l'époque de la mort, 56 cas dépouillés à ce point de vue, indiquent 6 fois le deuxième ou le troisième jour de l'accouchement, 33 fois du quatrième au septième jour, 6 fois du huitième au neuvième jour, 9 fois du dixième au quinzième jour, et 2 fois à une date encore plus éloignée.

Généralement l'exanthème apparaît brusquement et s'étend sur tout le corps, à la façon d'une commotion électrique : il se montre d'emblée avec la fièvre. Quelquefois cependant, celle-ci le précède d'un ou deux jours, mais c'est l'exception. Une rougeur intense du visage a été signalée par plusieurs observateurs avant l'apparition de l'exanthème. Elle était excessivement prononcée dans les deux derniers cas que j'ai recueillis et dura tout un jour. Dans les cas graves, l'éruption est de couleur livide rouge brun et persiste avec cette coloration dans les cas rapidement mortels. Il s'ensuit une certaine analogie avec la variole hémorrhagique des femmes en couches. Il n'est pas rare non plus de constater des *sudamina*. Par contre, l'an-

gine est très-peu marquée, peu douloureuse et peut même manquer dans certains cas avérés de scarlatine puerpérale.

Parmi les autres symptômes, la diarrhée est le plus fréquent et en même temps de fâcheux augure. Clintock le considère en quelque sorte comme toujours fatal. Dans un des cas qui s'est terminé par la mort, je l'ai également noté, mais je dois ajouter qu'il fit défaut chez la seconde personne que j'ai perdue par le fait de la scarlatine puerpérale. Il n'en doit pas moins être considéré comme de fâcheux pronostic, puisque sur 21 femmes qui offrirent de la diarrhée, il en succomba 15, alors que sur 38 chez lesquelles elle ne fut pas notée, 12 seulement furent emportées par le mal.

Dans la plupart des cas, les lochies, la sécrétion lactée, le mouvement d'évolution rétrograde de l'utérus ne sont en aucune façon troublés. Dans quelques cas cependant, il y a sensibilité à la pression de l'utérus, mais elle est médiocre et disparaît avec rapidité. Les inflammations abdominales sont extrêmement rares et constituent des complications tout à fait accidentelles.

Quant à la durée de la période d'incubation, elle reste encore aujourd'hui mal déterminée, car il est trop souvent impossible de préciser le moment de l'infection. Tout ce qui peut être dit, c'est qu'elle est en général très-courte et ne dépasse pas une huitaine de jours. Une des femmes que j'ai soignées avait un de ses enfants atteint de scarlatine, une autre avait vu six jours avant son neveu atteint de cette maladie : quant aux deux autres, elles prétendaient n'avoir pas eu de rapports avec des enfants contaminés. Il y a là bien des obscurités que les travaux ultérieurs dissiperont sans doute, il faut l'espérer du moins.

Dr Albert PUECH.

Note sur l'emploi de l'hydrate de chloral pour calmer les douleurs de l'accouchement ; lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 mars 1876, par M. le Dr POLAILLON. — On a annoncé que l'hydrate de chloral était capable de modifier d'une façon heureuse les douleurs de l'accouchement et de rendre l'enfantement presque indolore.

Un effet si précieux était bien digne de fixer l'attention des accoucheurs. J'ai donc essayé l'hydrate de chloral dans un certain nombre d'accouchements, et je viens vous communiquer le résultat de mes observations.

Le chloral a été administré en petits lavements, dissous ordinairement dans l'eau, quelquefois dans du lait, à la dose de 2 à 3 grammes pour 60 grammes de véhicule.

Selon la sédation produite, selon que le lavement était gardé ou en

partie rejeté, on donnait un second lavement au bout d'une demi-heure ou d'une heure, et quelquefois un troisième lavement.

La quantité de chloral ainsi administré a été

De 2 grammes...........	dans 3 cas;
De 4 —	dans 7 cas;
De 5 —	dans 3 cas;
De 6 —	dans 2 cas;
De 7 —	dans 1 cas;
De 8 —	dans 2 cas.

Mais la quantité réellement absorbée n'a pas excédé en moyenne 4 ou 5 grammes, en raison du rejet d'une partie des lavements.

Dans tous les cas, le médicament a été donné pendant les dernières heures de la période de dilatation ou pendant la période d'expulsion. Il est habituellement bien supporté. Chez quelques femmes, les contractions deviennent manifestement moins douloureuses, sans diminuer de fréquence ni d'énergie, et le travail se termine à peu près dans le délai ordinaire. Mais il y a des femmes chez lesquelles le chloral fait cesser les douleurs et en même temps arrête les contractions utérines, de telle sorte que la partie fœtale reste dans l'excavation ou à la vulve sans pouvoir se dégager. Sur 18 cas d'administration du chloral, cinq fois on a été obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps. J'ai lieu de penser, d'après mes observations, que les femmes chez lesquelles le travail est ainsi ralenti et arrêté par le chloral, sont en nombre plus grand que celles chez lesquelles le travail suit son cours avec un amoindrissement plus ou moins marqué des douleurs.

Il en résulte que si le chloral est un sédatif des douleurs utérines, c'est à la condition d'agir en même temps sur la fibre musculaire dont la contraction est d'abord ralentie, puis arrêtée. D'après mon opinion, on peut faire usage du chloral dans les cas où il s'agit de modérer l'excitabilité excessive du muscle utérin ou de calmer des douleurs produites par des contractions trop énergiques, mais on doit en rejeter l'emploi dans les accouchements normaux.

Version pelvienne spontanée dans une présentation avec procidence du bras. — La femme M..., du village de M..., commune de Monguyon, est d'une bonne constitution. Age 28 ans. Taille ordinaire. Elle a trois enfants qui sont bien portants. Dans ses trois précédents accouchements le travail a été de courte durée. Le dernier s'est accompli après une heure et demie de grandes douleurs. Elle est à terme, le bassin est large. A minuit de petites contractions commencent à se faire sentir, et le lendemain à midi a lieu le début

du grand travail. On demande la sage-femme Mme Agathe Jarrige qui assiste vers une heure à la rupture de la poche des eaux et constate au toucher la présence du coude. Elle dit au mari qu'il est nécessaire de *retourner* l'enfant et qu'il faut appeler un médecin.

Je n'arrive qu'à deux heures et demie, voici ce que je constate : Un bras bleu gonflé pend hors de la vulve, la face dorsale de la main tournée vers la cuisse droite de la mère. Quand j'enlève en haut et en avant la paume de la main, le pouce se dirige vers la cuisse gauche de la malade. Par le toucher je sens le col fortement rétracté, l'épaule forme une tumeur arrondie, le sommet de l'aisselle est à droite, à gauche l'omoplate. Nous avons donc une présentation de l'épaule gauche en position occipito-iliaque droite. Impossible de tenter la version, car la main ne peut pénétrer dans le corps de l'utérus. Je me décide à pratiquer l'embryotomie. Au bout d'une demi-heure, prêt à faire l'opération et à employer le procédé de M. le professeur Pajot, je touchai la femme. Quel ne fut pas mon étonnement de sentir des contractions très-fortes au côté gauche de la matrice, tandis qu'à droite elles étaient nulles. Cette femme, avons-nous dit, possédait un bassin large, dans ses précédents accouchements le travail avait marché très-vite, il était évident qu'avec de pareilles contractions il fallait s'attendre à une version spontanée. M'abstenir de toute manœuvre, tel était mon rôle : je m'y renfermai entièrement.

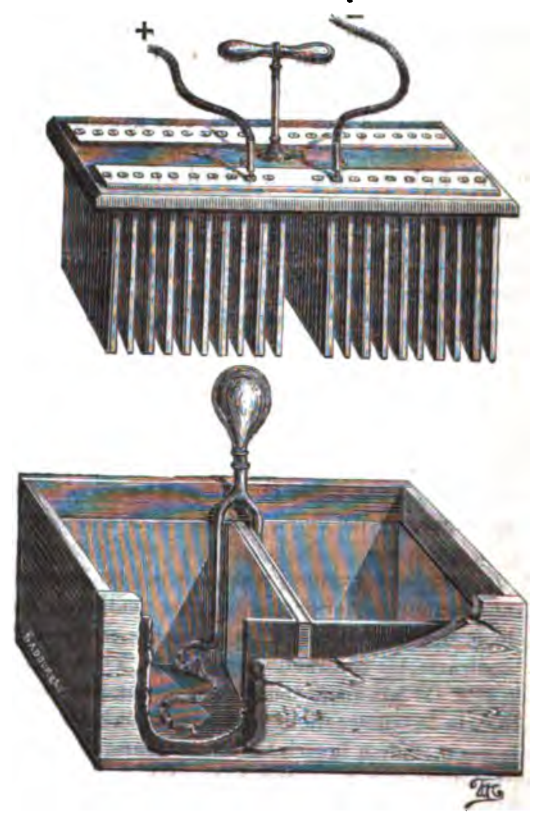
A 4 heures l'épaule remonte peu à peu. A 4 heures et demie le siége se présente, je constate alors que des contractions ont commencé à se faire sentir à droite et sont égales en intensité à celles de gauche qui ont un peu diminué, puis peu à peu s'accroissant rapidement des deux côtés elles deviennent fortes, expulsives, la fesse droite se dégage d'abord et ensuite la fesse gauche. L'accouchement et la délivrance se font simultanément à 5 heures moins 10 minutes. Un fœtus du sexe féminin, d'une taille et d'un poids ordinaires, plutôt trop gros que trop mince, arrive mort. Les suites de couches furent heureuses.

L'intérêt de cette observation réside dans l'explication du mécanisme suivant lequel la version spontanée peut avoir lieu. La tête étant à droite, le siége est descendu par suite des contractions du côté gauche. Au contraire, les contractions marquées à droite auraient fait descendre la tête. Ce fait vient donner raison aux Allemands qui ont soutenu la théorie des contractions partielles de la matrice. L'ampleur du bassin de ma malade a favorisé ce mode heureux de terminaison. Mais s'ensuit-il de là que dans une présentation du tronc, la poche des eaux n'étant pas rompue ou venant de se rompre chez une femme à bassin large, le médecin doive attendre tout des efforts de la nature et compter sur ces contractions *providentielles*. Non l'accoucheur ne peut rester inactif en pareil cas, il faut qu'il fasse la version qui est

facile à ce moment, car un retard trop prolongé ne lui laisse plus d'autres ressources que l'embryotomie. Si j'avais été appelé à temps chez ma malade, je me serais décidé à pratiquer la version, jamais je n'aurais osé m'appuyer sur la haute autorité de Velpeau, qui, dans une position de l'épaule gauche, «*ne voulut pas aller à la recherche des pieds*», confiant qu'il était dans les assertions de Denman.

Dr A. Geneuil (de Montguyon).

Pile galvanocaustique simplifiée. — J'ai fait construire récemment, par MM. Biloret et Mora, constructeurs d'appareils électriques, une pile au bichromate de potasse, simplifiée autant que possible, de façon à en diminuer considérablement le prix.



L'appareil se compose de deux parties : la pile et la cuvette, destinée à recevoir celle-ci.

La pile est formée d'une planchette en bois, au-dessus de laquelle

sont placées verticalement et alternativement, à une petite distance les unes des autres, dix lames de zinc et dix lames de charbon rectangulaires.

Ces vingt lames qui composent la pile forment deux groupes, l'un à gauche, l'autre à droite de la planchette. Les cinq lames de zinc de l'un des groupes communiquent avec les cinq lames de charbon du groupe opposé. Les cinq lames de charbon restées libres, mais réunies entre elles, constituent le pôle positif, tandis que les cinq lames de zinc du groupe opposé, également réunies entre elles, forment le pôle négatif.

Chacun des groupes constituant la pile plonge isolément dans une cuvette de caoutchouc durci, placée dans une caisse en bois.

Une poire de caoutchouc adaptée sur un tube bifurqué, percé de trous vers sa terminaison, et qui plonge dans le liquide, au-dessous des éléments de la pile, permet d'insuffler de l'air, qui produit un certain renouvellement de liquide à la surface des lames de zinc et augmente l'intensité du courant.

Cette pile, qui a fonctionné à plusieurs reprises avec une régularité parfaite, est d'un maniement et d'un entretien très-faciles. Les contacts sont toujours bien établis et n'ont pas besoin d'être nettoyés à tout instant, comme dans un grand nombre de piles.

Dr A. LEBLOND.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Grossesse avec tumeur fibro-cystique de l'utérus ; expulsion d'un enfant mort-né qui put être cependant rappelé à la vie, par LUSK (*American supplement to the Obs. Journal*, mai, 1876, p. 20).

Neuf observations d'albuminurie et d'éclampsie puerpérales, par Angus MACDONALD (*Obst. Journ.*, juin 1876, p. 138).

Rétroversion de l'utérus gravide, par Clément GODSON (*Obstetrical Journal*, juin 1876, p. 151).

Sonde utérine flexible, par MURRAY, (*Obstetrical Society*, in *the Obst. Journal*, 1876, p. 165).

Cas d'absence de l'utérus avec tumeur de nature douteuse dans chaque canal inguinal, par UNDERHILL (*Obst. Society of Edinburgh*, in *the Obst. Journ.*, 7 juin 1876, p. 171).

Sur l'évacuation complète de l'utérus, après l'avortement, par Alexander RUSSELL SIMPSON (*Obst. Soc. of Edinb.*, in *the Obst. Journ.*, juin 1876, p. 179).

De l'usage du forceps lorsque le col n'est pas dilatable, par Edward M'GUIRE (*Obst. Soc. of Dublin*, in *the Obst. Journ.*, juin 1876, p. 188).

Sur l'emploi du tampon contre les hémorrhagies utérines, par GUÉNIOT (*Journal des sages-femmes*. 1er décembre 1875).

Névralgie de l'ovaire congestive, par SAISON (Communication à la Société de médecine pratique, in *France médicale*, 1875, p. 268).

De quelques accidents consécutifs à la compression incomplète de la vessie et du rectum par les corps fibreux utérins interstitiels, par FOURESTIÉ (*Gazette médicale de Paris*, 1875, p. 69).

Tumeur kystique de l'ovaire prise pour une grossesse utérine, ovariotomie dans la période ultime ; mort par épuisement, par POULET (*Gaz. méd.*, 1875, p. 105).

Prolapsus utérin traité par le tannin, par SAVOYE (d'Auffay) (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1875, février, p. 67).

Cas de grossesse extra-utérine, par CULLINGWORTH (*Obstetrical Journal*, octobre 1875, p. 448).

Cas d'inversion utérine datant de trois mois, par EWART (de Manchester) (*Obstetrical Journal*, octobre 1875, p. 461).

Cas de rupture du cordon ombilical pendant la délivrance, suivi de la mort de l'enfant, par HAINING (de Chester) (*Obstetrical Journal*, octobre 1875, p. 472).

Kyste de l'ovaire datant de trente-quatre ans et ponctionné vingt-quatre fois, ovariotomie avec succès (*British med. Journ.* et *Union medicale*, 1875, 24 juin, p. 939).

Traitement et guérison des déviations, inflexions et abaissements de l'utérus par une nouvelle méthode exempte de tout danger, par ABEILLE (*Gaz. méd.*, 1875, nos 29 et 30).

Les *Annales de Gynècologie* ont reçu :

Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier, par le Dr Félix ROUBAUD; — 3e édit., J.-B. Baillière et fils, éditeurs, in-8 de 804 pages : Prix 8 fr., Paris, 1876.

Du crochet mousse articulé, par WASSEIGE (*Extrait des Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*), Liége, 1876.

Etudes pratiques sur l'urine normale des nouveau-nés (*Applications à la physiologie et à la clinique*), par J. PARROT et Albert ROBIN : Asselin, éditeur : Paris, 1876.

Chirurgie antiseptique. Principes, modes d'applications et résultats du pansement de Lister, par le Dr Just-Lucas CHAMPIONNIÈRE, chirurgien des hôpitaux, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1876, in-8 de 156 pages avec figures : Prix 3 fr.

Clinique thermo-minérale de Néris, par le Dr F. de RANSE (2e fascicule, *De l'action immédiate des eaux de Néris dans le traitement des maladies du système nerveux*). Asselin, éditeur, Paris, 1876.

Sei casi di decollazione preceduti da poche riflessioni su cotesta operazione e proposta di un nuovo uncino decollatore, par Giuseppe CHIARLEONI. Turin, 1876.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME V

Janvier à Juin 1876.

A.

Abcès mammaires, 59.
Académie de médecine, 58, 372.
Académie des sciences, 128.
Accouchées, 147.
Accouchement, 72.
— (Le service d'— au nouvel hôpital des Cliniques de la Faculté de médecine), 397.
— (Mémoire contre les mouvements de latéralité imprimés au forceps pendant l'—), 386.
— prématuré artificiel, 367.
— prématuré artificiel (résultats apparents et résultats vrais de l'—), 314.
— (Note sur l'emploi de l'hydrate de chloral dans l'accouchement), 467.
AHLFELD, 417.
Albuminurie. (De l'efficacité du régime lacté dans l'— des femmes enceintes et de son indication comme traitement curatif de l'éclampsie, 41).
Amputation de l'utérus, 26.
ANCELET, 81, 183, 264.
ARLAUD, 448.
Avortement spontané (Contribution à l'histoire de l' — dans les premiers mois de la grossesse), 409.

B.

BARIÉ, 99.
BARNES, 316.
BASSI, 461.
Bassin (Vice de conformation du —; saignées générales et régime débilitant, puis accouchement prématuré artificiel; naissance d'un enfant vivant), 367.
BERGERON, 23.
BOZEMAN, 434.
BUDIN, 67, 290, 456.
Bulletin trimestriel (4e trimestre de 1875). des accouchements et des décès des nouvelles accouchées constatés dans les hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris, 320.
BURDEL, 321.
Bureau municipal des nourrices (suppression du —), 158.

C.

Caduque utérine expulsée sans hémorrhagie et avec des signes d'hémorrhagie utérine; grossesse extra-utérine probable, 47.
Calcul urinaire vésico-vaginal, 374.
CARPENTIER-MERICOURT, 308.
CASELLS, 314.
Cautère actuel permanent, 394.
CAZIN, 372.
Ceinture à pression inguinale, 443.
Céphalotribe (Nouveau —), 129.
Chaire de gynécologie (Création d'une — à l'Ecole de médecine de Marseille), 157.
Chirurgie obstétricale (Contribution à la —), 116.
Chloral (Etude sur le traitement de l'éclampsie puerpérale par l'emploi du —), 33, 109, 199.
— dans le prurit vulvaire, 157.
— (De l'emploi des lavements de — contre les convulsions des nouveau-nés), 300.
— (Note sur l'emploi de l'hydrate de — pour calmer les douleurs de l'accouchement), 467.
CHOUPPE, 33, 109, 199.
Col (Moyen facile d'enlever le mucus adhérent au —), 464.
COMELLI, 154.
Concours de prix, 239.
Congrès de Philadelphie, 78, 317.
Cordon ombilical (De la section du —), 67.
Correspondance, 232, 359.
COUDEREAU, 224.

COYNE, 389.
Crayons de tannin, 396.
— au tannin, à l'alun, etc. (Sur la préparation des —), 77.

D.

DASTRE, 66.
Déclaration de naissance; secret médical, 77.
DELORE, 241.
DESNOS, 99.
DIBOT, 237.
DONNE, 58.
DUNCAN, 386.
DUQUESNEL, 77.
Dysménorrhée membraneuse (De la —), 286.

E.

Eclampsie (Régime lacté comme traitement curatif de l' —), 41.
— puerpérale. Etude sur le traitement de l'— par l'emploi du chloral hydraté, 33, 109, 199.
Enfance (Soin à donner à l'—), 118.
Enfants (Règles spéciales pour la direction des jeunes — pendant la saison chaude), 362.
Errata, 160, 399.

F.

FAUVEL, 460.
FEREOL, 47.
Fibro-myome-utérin siégeant dans la cloison vésico-vaginale ; obstacle à l'accouchement ; issue à l'extérieur spontanée de la tumeur; son énucléation artificielle, 72.
Fièvre puerpérale (Suite de la discussion sur les rapports existant entre la — et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre), 131, 378.
— (Notes sur la — suivies de quelques remarques sur la statistique des accouchées), 147.
Fistule recto-vaginale (de la), 401.
Fistule vésico-vaginale (avec grande perte de substance; opération par la mobilisation de la paroi postérieure du vagin), 372.
— (— Avec oblitération à sa partie moyenne; calcul urinaire vésico-vaginal; exploration facile de la lésion par l'urèthre dilaté, opération par l'urèthre), 374.
— (La — telle que la pratique M. Bozeman), 434.
Fœtus dont la tête a été écrasée entre deux tumeurs du placenta, 224.
— hydrocéphale, 253.
— (De la tête du — au point de vue de l'obstétrique), 456.
Forceps (Mémoire contre les mouvements de latéralité imprimés au — pendant l'accouchement), 386.

G.

GAILLARD THOMAS, 303.
GALLARD, 161, 333.
GASTON, 309.
GELLÉ, 157.
GENEUIL, 468.
GILL, 317.
GILLETTE, 59.
Glande vulvo-vaginale (Kyste de la — guéri par les injections de chlorure de zinc), 373.
GODIN, 396.
GOLAY, 253.
Grossesse, 156.
— (Note sur des apparences de — observées chez de très-jeunes filles à la suite de rapprochements sexuels), 23.
— extra-utérine, 47.
— (Hémorrhagie pulmonaire chez une femme arrivée au terme de la —; mort; opération césarienne), 290.
— (Nouvelles recherches sur la durée de la — ; ses rapports avec la conception, l'ovulation et la menstruation), 309.
— (De la névrose cardiaque tellurique de forme pernicieuse pendant la — traitée par la quinine à haute dose sans danger pour la mère et l'enfant), 321.
— (Sarcôme périostal de l'humérus chez une femme enceinte; désarticulation de l'épaule; accouchement normal; guérison), 445.
— (Epiplocèle traumatique abdominale chez une femme au neuvième mois de la gestation), 448.
GUENIOT, 443.
Guide du médecin praticien et de la sage-femme pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, 145.

H.

HANOT, 121.
Hématuries supplémentaires, 125.
Hémorrhagie pendant le travail, 253.
— post-partum, 306.
— supplémentaires, 307.
— utérines (Pathogénie et traitement des — hors de la grossesse et de l'accouchement), 308.
— interstitielles des organes génitaux de la femme (Etudes sur les causes et le mécanisme des —), 311.
HERRGOTT (de Nancy), 1.

I.

Impressions maternelles (Curieuse croyance au sujet des —), 187.

Index bibliographique, 79, 159, 239, 318, 394, 470.
Insertion vicieuse du placenta, 253.
Instruments, 129, 232, 237, 394, 443, 470.
Inversion utérine. Quelques réflexions à propos de deux cas d'— ayant nécessité l'amputation de l'utérus, 26.
— (Sur l'ablation du corps de la matrice dans l'— irréductible par hystérotomie externe), 58.
— à la suite de l'expulsion d'un polype, 219.

J.

Jumeaux (Contribution à l'étude des —), 104, 417.
Jurisprudence médicale, 318.

K.

KŒBERLÉ, 225.
Kystes ovariques (Diagnostic différentiel des kystes séreux sous-péritonéaux et des —), 225.
— de la glande vulvo-vaginale, guéri par les injections de chlorure de zinc, 373.

L.

LABARRAQUE, 26
LABBÉ, 389.
Lait (Injection de lait dans les veines), 303.
LAWSON-TAIT, 151.
LEBLOND, 409, 470.
Leçons sur les opérations obstétricales, 316.
Lettre du professeur Pajot, 359.
LIZÉ, 298, 373.
LONGUET, 401.
LOREY, 307.
LUTAUD, 427.

M.

MADGE, 147.
Mamelon (Des causes anatomiques de la rétraction du —), 302.
Manuel d'accouchements comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, 68.
MARTIN, 131, 378.
MARTIN (Edouard), 219.
MARTINET, 125.
MATTEI, 173.
Médecine légale, 394.
Menstruation, 99.
— (De la menstruation dans ses rapports avec l'ovulation), 427.
Métrite interne (Du traitement de la —), 161, 333.
Môle hydatoïde (Etude sur la —), 81, 183, 264.

N.

Névrose tellurique cardiaque (De la — de forme pernicieuse pendant la grossesse), 321.
NEWMAN, 305.
NICAISE, 374, 445.
Nidation (de la), 427.
Nitrate d'alumine (Traitement du prurit de la vulve par le —), 317.
NŒGGERATH, 228.
Nourrices, 158.
Nouveau-nés (Etudes pratiques sur l'urine normale des —; application à la physiologie et à la clinique), 128.
— (De l'emploi des lavements de chloral contre les convulsions des —), 300.

O.

Opération césarienne, 290.
Opiat pour pratiquer des embrocations du col utérin, 398.
Organes génitaux (Développement incomplet des —), 130.
Ovaires (Adéno-sarcôme des —; ovariotomie double; injection de lait dans les veines; guérison), 303.
Ovariotomie double, 303.
Ovarite développée très-lentement à la suite d'une rougeole, 298.
Ovulation, 427.

P.

PAJOT, 75, 236, 359, 464.
PARROT, 128.
Péritoine (Note sur un cas d'absence congénitale du — se terminant par une obstruction intestinale simulant une tumeur de l'abdomen), 151.
Péritonite puerpérale, 121.
— purulente chronique, consécutive à une péritonite puerpérale, ponctions capillaires successives; guérison, 121.
PIANA, 461.
PILAT (de Lille), 367.
Pile galvanocaustique simplifiée, 470.
Placenta fœtal des pachydermes, 66.
— (Fœtus dont la tête a été écrasée entre deux tumeurs du —), 224.
— (Note sur un cas d'insertion vicieuse du —; hémorrhagie pendant le travail; version podalique; fœtus hydrocéphale avec malformation des quatre membres), 253.
POLAILLON, 300, 467.
Polype (Inversion à la suite de l'expulsion d'un —), 219.
PORRO (Edoardo), 72.
Positions occipito-postérieures (La fréquence relative des — dans les présentations du vertex pendant la grossesse et leurs transformations en occipito-antérieurs pendant l'accouchement —; causes de ces phénomènes et moyens de les favoriser quand ils n'ont pas lieu), 173.

Pouponnière (la), 75.
Présentation de l'épaule; note sur un cas de — en position occipito-iliaque gauche; disposition anormale de l'enfant, 52.
— du vertex, 173.
Prix pour 1876, 318.
PROS (de La Rochelle), 57, 232.
Prurit vulvaire; emploi de l'hydrate de chloral en applications topiques, 157.
— (Traitement du — par le nitrate d'alumine), 317.
PUECH (Albert), 286, 464.
Puerpérale (scarlatine), 464.

R.

Régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes, 41.
Rétrécissement transversal du bassin (Sur un cas de —), 154.
Revue bibliographique, 68, 115, 228, 303, 389, 452.
— clinique, 52, 121, 219, 290, 362.
— générale, 33, 109, 199, 286.
— de la presse, 41, 116, 290, 362.
— des sociétés savantes, 58, 128, 224, 300, 372.
RICHET, 401.
ROBIN, 128.

S.

SCHRŒDER, 68.
Scarlatine puerpérale (De la), 464.
Secret médical, 77.
Sein (Traité des tumeurs bénignes du), 389.
SINETY (de), 130, 302.
Singulière coutume obstétricale, 398.
SIREDEY, 398.
SKENE, 116.
Société de médecine de Paris, 59, 300.
— de biologie, 66, 130, 224, 302.
— de chirurgie, 129, 373, 443.
— de médecine de Strasbourg, 225.
— obstétrical de Londres, 131, 378.
— obstétrical d'Edimbourg, 386.
Société protectrice de l'enfance (Congrès des —), 239.
Spéculum pulvifère, 237.
Statistique du service de clinique gynécologique de l'hôpital de la Charité de Lyon, 241.
Sulfate de quinine dans la grossesse, 321.
Surdi-mutité (Remarques sur une cause inattendue de — dans le bas-âge et l'enfance), 314.

T.

TALBOT, 306.
TARNIER, 41, 129.
Toucher vésico-vaginal et vésico-rectal, 228.
Traité pratique des maladies du larynx, 460.
Tractions instrumentales et manuelles combinées (Accouchement par la méthode des —), 57.
Transactions of the obstetrical Society of London, 452.
Transfusion du sang (Nouveau procédé pour remplacer la — après les hémorrhagies post-partum), 306.
Travaux originaux, 1, 81, 161, 241, 321, 401.
Tubercules de Montgomery (Les — comme signes de grossesse), 156.
Tumeurs de l'abdomen (Des difficultés de diagnostic que peuvent soulever certaines — à apparitions intermittentes en rapport avec la menstruation; rein mobile), 99.

U

Urèthre (Du rétrécissement de l' — chez la femme et de son traitement par l'électrolyse), 305.
URIBE, 311.
Urine normale des nouveau-nés, 128.
Utérus (Etat de l' — considéré comme signe d'identité; le crime de White Chapel), 394.

V.

Vagin (Vice de conformation du —; hématuries supplémentaires; néphrite; mort), 125.
— (Des adhérences épithéliales du —), 461.
Variétés, 74, 157, 237, 314, 394, 464.
VEDELER, 156.
VERRIER, 145.
Version podalique, 253.
Version pelvienne spontanée dans une présentation avec procidence du bras, 468.
Vessie. Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies de la — chez la femme, 1.
VINCENT (de Guéret), 52.
Vomissements de sang. Supplémentaires des règles (Des — et pathologie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel en général, 307).

FIN DE LA TABLE.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME VI.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement .

Pour Paris.....................	18	francs.
Pour les départements...........	20	—
Pour l'Europe..................	23	—
Pour les autres parties du monde.	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef, 9, rue de Mulhouse, ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME VI

Contenant des travaux de MM.

BOZEMAN, CHARPENTIER, CORDES, COURTY, DAROLLES,
DUBRISAY, DUNCAN, FOURNIER, HERRGOTT (Alphonse), JUDE HUE,
HOUZÉ, LE DIBERDER, MAC MURTRY, MARTIN (Édouard),
MATTEI, MUNDÉ. NAUDIER, NITOT, PILAT (de Lille), POUCHET,
PUECH, PUNTOUS.

1876

(2e SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1876

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARDY-DELISLE, présid. de la Soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp. de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CHURCHILL (Fletwood), prof. d'acc. à l'univ. de Dublin.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), ancien interne des hopitaux de Paris.
EUSTACHE, agr. à la Faculté de Montpellier.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, ancien interne des hôp. de Paris.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), memb. de la Soc. de méd. de Paris.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), médecin de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hopital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hop. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hop. de Rothschild.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE SUR LA PÉRINÉORRHAPHIE

DANS LES CAS DE RUPTURE COMPLÈTE (1).

Par M. le Dr **Jude Hué** (de Rouen),

Ancien chirurgien aide-major stagiaire, au Val-de-Grâce de Paris, Fellow de la Société obstétricale de Londres, membre de la Société de médecine du comté de New-York, de la Société de médecine de Rouen, etc.

La rupture complète du périnée, — celle qui, de la vulve, s'est étendue jusqu'à l'anus et a intéressé plus ou moins le rectum, — est un des accidents les plus redoutables qui puissent arriver à l'accoucheur et atteindre la femme dans l'accomplissement de ses fonctions de mère. Nulle infirmité n'est plus affreuse que celle qu'elle laisse après elle, et, si l'art n'intervient efficacement, toute vie sociale et conjugale est supprimée; la malheureuse, frappée souvent au début de la vie, ne sera bientôt

(1) Mémoire présenté à la Société de chirurgie, par M. Paulet, le 28 juillet 1875, et objet d'un rapport de M. Guéniot, dans la séance du 5 avril 1876.

plus qu'un objet de dégoût pour elle et pour les autres : misère comparable seulement à celle que produisent les fistules recto ou vésico-vaginales, ces deux autres terribles écueils de la dernière période du travail.

Ce n'est pas un mince honneur pour la chirurgie de notre siècle d'être parvenue à supprimer, à peu près à coup sûr, ces trois causes d'horribles et permanentes souffrances pour l'humanité, et c'est avec un légitime orgueil que nous trouvons un Français, Roux, en possession de la gloire incontestée d'avoir posé les règles fondamentales de la restauration qui nous occupe, et de l'avoir, par ses succès, rendue une opération classique.

Il y avait, en effet, trois siècles que le fondateur de la chirurgie française, Ambroise Paré, avait proposé l'opération, et, malgré l'habileté d'opérateurs tels que Guillemeau, de La Motte, Morlanne, Montain, Osiander, Dupuytren, Dieffenbach, les annales de la science ne comptaient qu'une dizaine de succès quand parut le mémoire de Roux (1). En revanche, les échecs avaient été si nombreux, qu'il avait été possible à des chirurgiens expérimentés, — Puzos, d'Outrepont, — de déclarer que la guérison spontanée, par le simple rapprochement des cuisses et quelques soins de propreté, était aussi fréquente qu'avec la suture ; que Deleurye et Aitken repoussaient toute intervention chirurgicale, et que, confondant sans doute les déchirures incomplètes avec les déchirures complètes, on affirmait un grand nombre de guérisons spontanées. Il n'est point besoin de rappeler la femme que Peu prétendait avoir guérie sans opération, et qui fut, trente années plus tard, examinée en Normandie par De La Motte, qui soutint qu'elle n'était nullement guérie (2). De quelque façon qu'on apprécie ces faits du passé, dont Huguier semble devoir être le dernier champion, et où sont intervenus les efforts de tant d'infortunées pour cacher une hideuse infirmité, et la séduisante attraction pour le chirurgien de se per-

(1) Gazette médicale de Paris, 1834.
(2) Velpeau. Eléments de médecine opératoire, 2e édition, tome IV, page 457.

suader l'efficacité de son traitement ; sans s'inscrire en faux contre les observations consciencieuses et plus récentes de Trianel et de Duparcque, on peut dire que, si la guérison spontanée d'une déchirure vulvaire ayant atteint le rectum lui-même a jamais eu lieu — ce qui, théoriquement, semble impossible — ce n'est que par une réunion toute fortuite de circonstances exceptionnelles et sur lesquelles l'accoucheur ne peut nullement compter pour réparer un malheur, et que, *aujourd'hui*, il n'est plus question que de savoir *quand* et *comment* opérer.

Faut-il avec Danyau, Dieffenbach, Demarquay, A. Bérard, Scanzoni, G. Simon, Baker Brown, Gaillard Thomas (de New-York), opérer immédiatement; avec Roux et Velpeau attendre la cicatrisation des parties, ou bien se ranger à un avis intermédiaire, et avec Danyau, Nélaton, Maisonneuve, Verneuil tenter la réunion par seconde intention et affronter les surfaces déchirées quand, au bout de quatre à sept jours, elles se sont recouvertes de bourgeons charnus? La réponse à ces questions serait très-complexe et ne nous paraît pas prête aujourd'hui. Elle perd d'ailleurs grandement de son importance par la considération que l'opérateur, au moins dans la pratique privée, n'a presque jamais le choix, qu'on vient le plus souvent à lui longtemps après que la rupture a eu lieu, et qu'il ne reste plus qu'à décider par quel procédé débarrasser la femme d'une intolérable infirmité.

Un grand nombre de procédés s'offrent au chirurgien avec chacun son bagage de succès et de revers, et leur description serait la longue histoire des efforts séculaires de la chirurgie aux prises avec les plus terribles difficultés de l'art. Jusqu'à Roux, la méthode n'existait pas. La suture entortillée, employée avec succès par Guillemeau, l'élève d'Ambroise Paré, par De La Motte, et, au commencement de ce siècle, par Noël, Saucerotte, Montain, Morlanne, échouait régulièrement dans la main des autres opérateurs, fussent-ils Antoine ou Paul Dubois, Roux lui-même.

Osiander, Dieffenbach, Dupuytren, Anock avaient eu à peu près autant de revers que de succès par la suture entrecoupée. Mais le premier revers de Roux devait être plus profitable à la

science que les succès épars de ses devanciers, car il le conduisit à l'emploi de la suture enchevillée, c'est-à-dire à l'affrontement exact de larges surfaces avivées au moyen de sutures profondes. Les cinq cas qui suivirent lui donnèrent quatre succès. C'était plus qu'un résultat acquis, c'était une méthode fondée, il n'y avait plus qu'à la perfectionner, et c'est à atteindre ce but que s'est évertué le génie de bon nombre des meilleurs chirurgiens de nos jours.

Deux accidents principaux, en effet, venaient trop souvent faire manquer, en tout ou en partie, le résultat de l'opération. C'étaient : 1° l'étranglement des tissus entre les fils et les chevilles et la tension des parties auxquelles Dieffenbach et Jobert opposèrent leurs incisions dites libératrices; 2° la persistance, immédiatement au-dessus du sphincter, d'une fistule recto-vaginale. Cet accident, attribué d'abord à la contraction du muscle anal, fut combattu par l'incision coccygienne unique de Mercier, par les incisions doubles et à ciel ouvert de Horner et de Baker-Brown, par les incisions doubles et sous-cutanées de Hilton.

Devant l'impuissance fréquente de ces moyens à empêcher la persistance d'une fistule, Langenbeck crut pouvoir en attribuer la production à l'introduction des liquides vaginaux entre les lèvres de l'affrontement, et revenant aux sutures entrecoupées, sans abandonner les incisions semi-lunaires de Dieffenbach, il disséqua de bas en haut un lambeau de muqueuse vaginale qu'il rabattit et fixa à la manière d'un toit protecteur sur la face supérieure de la suture. Demarquay voulut de plus se mettre en garde contre les matières fécales et les gaz; il décolla les muqueuses rectale et vaginale, les réunit chacune séparément, puis appliqua une troisième série de sutures à la face externe du périnée. Il terminait aussi par les incisions libératrices.

Pendant que ces modifications avaient lieu en Europe, une réelle révolution chirurgicale s'accomplissait en Amérique. Mettauer, de Virginie, avait eu l'heureuse idée, dès l'année 1830, d'adapter les fils de plomb à la restauration qui nous occupe, et avait obtenu avec eux plusieurs succès. Mais la généralisation et le développement de la méthode, ainsi que des succès incom-

parables étaient réservés à un chirurgien d'une petite ville de l'Alabama, à Sims qui, au début, sans études spéciales et fort discuté dans son propre pays, devait bientôt être mis à New-York à la tête d'un grand hôpital, et s'élever à une des premières places parmi les gynécologistes du monde.

Dès 1855, Sims, à Women's Hospital, avait abandonné la suture enchevillée et adopté, là comme ailleurs, la suture entrecoupée à fils d'argent. Celle-ci lui donna tant de succès dans la restauration du périnée, et surtout dans celle des fistules vésico-vaginales, qu'il lui était permis de dire dans un mémoire célèbre (1), lu en 1857 devant l'Académie de médecine de New-York, que « les sutures métalliques étaient la plus grande découverte chirurgicale du XIXe siècle ». Le procédé de Sims a exercé une influence prépondérante sur ceux qui ont été introduits depuis. Voici la description si concise et si claire qu'en donnait en 1865 un des élèves de Sims, Thomas Addis Emmet :

« Dans (2) les opérations de restauration périnéale, il est inutile, que la déchirure ait été complète ou incomplète, de diviser le sphincter et de pratiquer les incisions sur les côtés de la réunion, dans le but d'éviter la tension. Dès l'année 1855, le docteur Sims avait simplifié cette opération à Women's Hospital, en affrontant les surfaces avivées au moyen de fils d'argent et de la suture entrecoupée, et avait abandonné la suture enchevillée et la division du sphincter. En revanche, l'expérience démontra bientôt la nécessité de laisser pendant dix ou douze jours après l'opération un tube à demeure dans le rectum, afin de fournir aux gaz une libre issue. Quand la lacération s'est arrêtée au sphincter, le tube n'est pas nécessaire, et trois points de suture suffisent généralement. Il en faut deux de plus quand le muscle anal lui-même a été déchiré. On passe les sutures de bas en haut, et le premier fil, le plus inférieur par conséquent, doit contourner exactement la limite inférieure de la déchirure, afin de ramener au contact les fibres du sphincter. Le second

(1) Silver Sutures in Surgery.
(2) In New-York medical Journal, décembre 1865.

fil doit comprendre aussi le muscle anal et passer dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale immédiatement au-dessus du premier. Les autres fils sont introduits comme pour la déchirure incomplète du périnée, c'est-à-dire à un demi-pouce de l'avivement et de dehors en dedans pour la lèvre gauche, de dedans en dehors pour la lèvre droite, sur la face cutanée de laquelle il doit émerger en un point symétrique du point d'entrée sur la lèvre gauche, afin que l'affrontement des surfaces opposées soit aussi parfait que possible. Si la déchirure s'est prolongée au-dessus du sphincter, sur la cloison recto-vaginale, les bords avivés en seront réunis au moyen de fils d'argent et de sutures interrompues à raison de cinq points environ par pouce. Mais en pratiquant la suture périnéale, il faudra prendre grand soin que le fil inférieur passe entre la première et la seconde suture de la cloison, et que le suivant passe entre la seconde et la troisième. Autrement il se produirait une ouverture recto-vaginale immédiatement au-dessus du sphincter et par le mécanisme suivant : comme les deux ordres de suture se croisent à angle droit, la torsion des sutures périnéales exercerait une trop grande tension au point d'intersection des deux sutures. La persistance d'une ouverture recto-vaginale est le point faible de l'opération, car si le tube vient à s'obstruer et qu'un gaz s'échappe dans la direction du vagin, une fistule en est la suite fatale. Je me sers toujours de ciseaux pour pratiquer l'avivement ; c'est un moyen assez rapide et qui ne cause pas autant d'hémorrhagie. Après l'opération, les genoux sont maintenus rapprochés pendant dix jours, et la femme sondée avec soin, de peur qu'une goutte d'urine ne vienne à couler sur la ligne de réunion.

« Les sutures du périnée sont retirées d'ordinaire vers le sixième jour ; celles de l'intérieur du vagin doivent rester quinze jours et même plus longtemps, jusqu'à ce que les parties soient assez résistantes pour permettre l'introduction du spéculum. La constipation doit être maintenue pendant deux semaines au moins dans tous les cas où le sphincter a été dilacéré, et, lors de la première selle, qui doit être facilitée par un purgatif ou un lavement mucilagineux, le succès de l'opération dépendra en grande partie du soin et de la dextérité que la garde

apportera à soutenir convenablement les tissus nouvellement réunis. »

Comme on le voit, la grande préoccupation du chirurgien est toujours d'empêcher la tension des parties et la persistance d'une fistule recto-vaginale.

La première de ces conditions paraît remplie complètement par les cinq points de suture métallique du procédé de Sims, car l'opération, exonérée de toutes les incisions dites libératrices et de la division du sphincter, donne néanmoins les meilleurs résultats. En 1861, Verneuil avait affranchi aussi l'opération de toute espèce d'incision latérale ou du sphincter, adapté les fils d'argent aux chevilles, et, à l'aide de trois points de suture enchevillée passés d'une façon particulière et de trois points superficiels de suture entrecoupée, obtenait une réparation complète du périnée. « Le 11 mai, dit-il (vingt-quatre jours après l'opération), Mme S... était complètement guérie ; les selles étaient régulières, les fonctions du rectum rétablies, la cloison recto-vaginale reconstituée présentait une épaisseur normale ; le périnée mesurait plus de 1 centimètre de la vulve à l'anus. C'était un succès complet (1) ». Le bouton auquel G. Thomas (de New-York) assujettit l'extrémité des fils ou la petite boule qui sert à Graily Hewitt au même usage, ne sont que des modifications sans importance de ces deux méthodes.

La persistance d'une fistule recto-vaginale à laquelle on avait opposé différents moyens suivant l'idée que les opérateurs de faisaient de ses causes (division du sphincter, de Mercier, ou de Horner, lambeau vaginal de Langenbeck, ou triple rangée de sutures de Demarquay), est ici attribuée par Sims à la fuite du côté du vagin des gaz accumulés dans l'intestin et traitée en conséquence par un tube rectal à demeure. Emmet, depuis, a reconnu que le passage des gaz par cette voie anormale était un effet et non une cause, et il a supprimé le tube, au grand confort de la patiente. Voici, d'ailleurs, la description qu'il donne lui-même de son procédé :

---

(1) Traité pratique des maladies des femmes, de Churchill, 2e édition, revue par M. le Dr Le Blond, p. 1054.

« Après (1) l'opération de la déchirure complète du périnée, il n'était pas très-rare autrefois de voir, juste au-dessus du sphincter, persister une ouverture, tandis que le muscle anal et le périnée étaient très-bien réunis. Pour prévenir cet accident, la coutume alors était de maintenir à demeure dans le rectum, suivant la pratique du Dr Sims, un tube droit de 5 pouces de long, afin d'assurer aux gaz une libre issue. Et quand, malgré cette précaution, l'opération laissait après elle une ouverture recto-vaginale, on l'attribuait à la faute de la garde qui avait laissé l'extrémité du tube s'obstruer de matières, ou bien avait dérangé la ligne de réunion en introduisant son instrument. Je me suis convaincu depuis que le tube n'était pas nécessaire, et que l'accident était dû au mode d'introduction des sutures. Pour clore ces lacérations, on se servait d'une aiguille qui n'avait guère que 1 pouce de long, de sorte qu'on était obligé de la faire sortir et de la réintroduire dans le voisinage de l'angle de la déchirure. Il en résultait qu'à cet angle les sutures embrassaient moins de tissu qu'en tous les autres points et que, quand arrivait le gonflement des parties, qui plus ou moins a toujours lieu, le fil porté en avant par l'augmentation de la tension coupait au point le plus faible : au sommet de la réunion. De plus, le fil inférieur était introduit au niveau de la limite inférieure de la déchirure. Il en résultait que, quand les sutures supérieures étaient serrées, les tissus, poussés en bas dans la direction de la moindre résistance, tendaient à écarter les fils de cette suture inférieure et à forcer dans le rectum une portion plus ou moins grande de surface dénudée, ce qui augmentait encore la tension à l'angle de la déchirure et diminuait la largeur de l'affrontement. Aussi, je me sers maintenant d'une longue aiguille d'une courbure appropriée, montée sur un manche et creuse, dans laquelle court un fil d'argent. Avec elle, je puis d'un seul coup contourner entièrement la surface d'avivement, et, si je le désire, charger à l'angle de la plaie plus de tissu que partout ailleurs.

(1) Vesico-Vaginal fistula, New-York, 1868, pages 212 et suivantes.

De plus, j'introduis la pointe de l'aiguille près d'un demi-pouce plus en arrière, du côté du coccyx, que dans le procédé ordinaire. Il en résulte que, quand ce point de suture est tordu, il met en contact une bande de muqueuse rectale non dénudée, et repousse en haut les surfaces avivées. Comme ce point de suture est le plus long et embrasse le plus de tissu, il supporte la charge, si je puis m'exprimer ainsi, et soulage d'autant les autres sutures, tandis que, d'un autre côté, la surface supplémentaire d'affrontement qu'il procure protége la ligne d'avivement située plus haut contre le danger de la fuite d'un gaz dans cette direction. Naturellement, avant de serrer ce point de suture, on introduit tous les autres. Un d'abord au niveau de la limite postérieure de la déchirure, contournant exactement celle-ci, puis un autre immédiatement au-dessus, qui doit aussi cheminer dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Deux autres seront ensuite introduits simplement à travers chacune des lèvres de la plaie, en prenant garde que le point d'émergence soit bien symétrique du point d'entrée. Quand ces cinq sutures sont tordues, le périnée et le sphincter sont en parfaite opposition, aussi bien du côté externe que du côté du rectum. »

Il y a là, comme on le voit, de judicieuses et remarquables modifications au procédé de Sims sur l'importance desquelles nous reviendrons dans un instant.

Le procédé de M. Deroubaix semble surtout avoir en vue, avec ses sept points vaginaux de suture entrecoupée et ses trois points périnéaux de suture enchevillée, de s'opposer à la production de la fistule recto-vaginale, et il se recommande par plusieurs succès (1), mais il est très-compliqué, et pour ce qui regarde la réparation *matérielle* des parties, nous ne désirons guère rien de mieux que n'ont donné les procédés beaucoup plus simples de Sims et de Verneuil.

Quant à la sûreté de la réparation *fonctionnelle*, ce point idéal de l'opération, — que l'ouverture anale réformée devienne

(1) Churchill. Loc. cit., p. 1059, addition de MM. Wieland et Dubrisay.

une sûre barrière, reprenne ses fonctions réflexes et ne laisse échapper involontairement ni un liquide ni un gaz, — nous devons être plus réservé pour le procédé de M. Deroubaix, aussi bien que pour tous ceux, sauf celui d'Emmet, dont nous venons d'esquisser les points principaux. Le rétablissement de la fonction n'est nullement la conséquence forcée du rétablissement de la cloison et du périnée (1). Nous en avons observé un exemple à Women's Hospital, chez une femme opérée trois ans auparavant, par le procédé de Sims et par Emmet lui-même. Cette femme possédait un très-bon périnée et une parfaite réparation des orifices vaginal et rectal, mais était impuissante à retenir les matières liquides et les gaz. Les observations sont malheureusement peu précises sur ce point capital. Aussi, nous sommes-nous adressé à MM. Demarquay et Verneuil pour avoir, à ce point de vue, le résultat de leur expérience. Une cruelle et fatale maladie a empêché Demarquay de répondre. M. Verneuil a bien voulu nous communiquer que sur cinq fois qu'il a fait la périnéorrhaphie pour des déchirures complètes du périnée, il a perdu une de ses malades et a eu quatre succès complets. « Dans les quatre cas heureux, écrit-il, j'ai obtenu un rétablissement intégral de la forme et de la fonction. Aucune de mes malades, que d'ailleurs j'ai pu suivre longtemps après l'opération, n'a accusé d'incontinence. A la vérité, dans le procédé que j'ai adopté, je prends soin de restaurer soigneusement l'orifice anal. »

Ces faits parlent haut en faveur du procéde de M. Verneuil, procédé qu'il a décrit lui-même minutieusement et que nous avons trouvé dans une des meilleures additions de MM. Wieland et Dubrisay, au livre de Churchill. Mais tous les opérateurs ne pourraient sans doute pas s'exprimer ainsi, et, suivant Emmet, la persistance d'une certaine incontinence ne serait pas

---

(1) Cette proposition paraîtra évidente si l'on veut bien faire attention que l'opération de la fissure à l'anus par l'incision du sphincter — peu correctement conduite sans doute — a pu amener une incontinence complète des matières liquides et des gaz. J'en possède par devers moi un malheureux et vivant exemple.

très-rare chez les femmes qui ont eu réellement le sphincter entier déchiré. Alors, en effet, les fibres musculaires rompues à leurs attaches supérieures, ou si l'on veut à leur entre-croisement avec les fibres du constricteur du vagin, se rétractent en arrière de l'anus vers leurs attaches inférieures (fig. 1), et tendent à prendre une direction horizontale en avant du coccyx. Il en résulte que le point de suture inférieure (F, fig. 1) introduit, comme dans tous les procédés, au niveau de la limite postérieure de la déchirure, ne comprend pas les fibres musculaires rétractées. On a refait un périnée et un orifice anal, mais non un sphincter. La femme rendra à volonté les matières solides

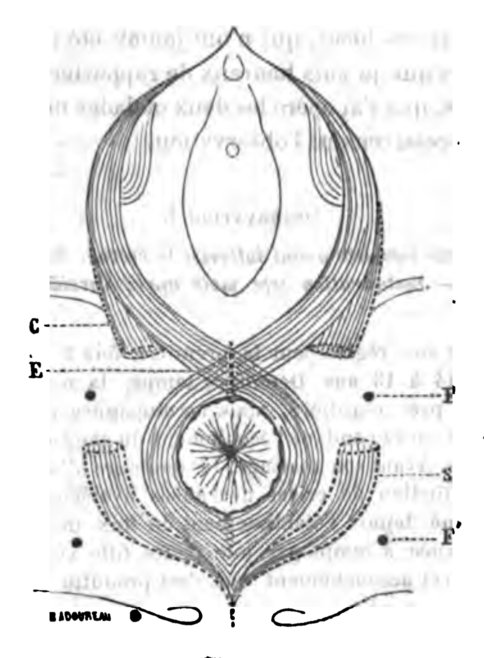


Fig. 1.

C. Constricteur du vagin rompu et rétracté.

E. Entrecroisement du sphincter et du constricteur du vagin. Lieu où se produit la rupture.

S. Sphincter rompu et rétracté.

F. Point de suture postérieur dans l'opération de Sims.

F' Point de suture postérieur dans l'opération d'Emmet.

qui, elles, sont reteuues beaucoup plus haut, mais les liquides et les gaz s'échapperont sans qu'elle puisse les retenir. Pour prévenir la persistance de cette infirmité, il faut aller chercher le muscle à l'aide d'un point de suture introduit très-bas, à 1 centimètre et demi au moins en arrière de l'anus (F. fig. 1), afin de ramasser, de ramener en haut les fibres du sphincter et de permettre aux sutures suivantes d'opérer la réunion du muscle lui-même. On pourrait croire, à première vue, que ce premier fil rétrécit l'anus ; il n'en est rien, il redonne à l'anus ses dimensions normales, il reforme la partie antérieure de l'anus et rapproche en avant la muqueuse qui s'est, en gros et nombreux plis, tassée en arrière.

C'est suivant ces idées, qui n'ont jamais été imprimées, que je sache, mais que je suis heureux de rapporter à celui qui me les a inspirées, que j'ai opéré les deux malades dont nous allons rapporter successivement l'observation.

Observation I.

Rupture périnéale complète ayant intéressé le rectum dans l'étendue d'un centimètre. — Restauration sept mois après l'accident. — Guérison complète.

Mme R..., 22 ans, réglée pour la première fois à 14 ans. Absence des règles de 14 à 15 ans. Depuis ce temps, la menstruation s'est montrée à peu près régulière, mais accompagnée de grandes douleurs un peu avant et pendant l'écoulement du sang qui dure de quatre à cinq jours. Avant son mariage, les douleurs allaient très-souvent jusqu'à la production de crises nerveuses hystériques. Leucorrhée presque continue depuis l'établissement du flux mensuel. Une seule grossesse terminée à temps par une petite fille venue par la tête. C'est pendant cet accouchement que s'est produite la rupture pour laquelle je suis consulté.

Après une grossesse régulière et normale, les douleurs commencèrent le 4 septembre 1874 vers trois heures de l'après-midi, et Mme R... accouchait le lendemain vers sept heures du soir. Le docteur passa auprès d'elle toute l'après-midi du 5 septembre, et, suivant l'expression de la malade, la tête resta au passage très-longtemps, « plusieurs heures ». C'est alors que le médecin de la famille appliqua le forceps, pendant que la garde soutenait le périnée, et dégagea la tête « *en un instant.* » Il fallut ensuite « tirer très-fort pour extraire les épaules », et, au dire de la garde, ce serait à la sortie des

épaules, alors qu'elle ne soutenait plus le périnée, que se serait effectuée la déchirure.

Quoi qu'il en soit, Mme R... est atteinte d'une incontinence absolue des matières fécales non solides et des gaz. Ces évacuations intestinales se produisent, presque continuelles et bruyantes, en avant, à tel point que cette dame se croit atteinte d'une fistule recto-vaginale. Pour pallier cette affreuse infirmité, Mme R... prend chaque jour quelques gouttes de laudanum afin de diminuer le mouvement péristaltique des intestins et rendre les matières plus consistantes. De plus, elle éprouve des pesanteurs et des douleurs en marchant, elle perd énormément en blanc, et, à la suite de fatigues, elle a eu deux métrorrhagies qui ont duré une dizaine de jours chacune.

État des parties. — Mme R... étant mise dans la position de la taille, je trouve la fente vulvaire béante et se continuant jusqu'à la paroi postérieure de l'anus. Celui-ci est détruit à sa partie antérieure. La cloison n'est plus en cet endroit, qu'une mince membrane tendue à environ 1 centimètre plus haut que la demi-circonférence postérieure de l'anus, où sont ramassés, fortement accentués et légèrement ulcérés, tous les plis rayonnés. Un peu plus haut, la cloison recto-vaginale commence à se renverser, amenant à sa suite l'utérus en rétroversion et à quelques centimètres seulement de le fente vulvo-anale. Les lèvres du col, profondément fendues à gauche, longues et béantes, admettent facilement l'extrémité de l'index et sont remplies de mucus blanc d'œuf.

Après le traitement préparatoire d'usage, la mise en bon état des parties, un purgatif la veille et un lavement laxatif le matin de l'opération, celle-ci fut pratiquée le 13 mai avec l'assistance de mes amis et confrères MM. les Drs A.-P. Accolas, Gauran et Gignoux, et de M. Lainey, étudiant en médecine, auquel je dois les dessins qui accompagnent ce travail.

Opération. — La malade fut placée sur une table, en pleine lumière, chloroformée et maintenue dans la position de la taille par deux de ces messieurs qui, chacun de son côté, écartaient d'une main les parties, à l'aide d'une égale et douce traction en dehors et en bas. Puis, je parcourus de la façon suivante les divers temps de l'opération :

1° *Avivement.* — Il se décompose lui-même en deux temps : l'avivement de la partie médiane et celui des parties latérales. Je commençai naturellement par la partie médiane et par la région inférieure de celle-ci, suivant le précepte général de dénuder d'abord les parties déclives, afin que le sang ne vienne point masquer le champ opératoire. Il y a encore une autre raison, c'est que l'avivement de la paroi recto-vaginale donne beaucoup plus de sang que celui des parties latérales, et qu'en l'exécutant le premier, l'écoulement

sanguin a plus de temps pour s'étancher avant le passage des sutures. Afin d'éviter, autant que possible, tout écoulement ennuyeux de sang, je me servis des ciseaux et du tenaculum pour la partie médiane. J'enlevai avec eux, sur la moitié antérieure de l'ouverture anale et la portion inférieure de la paroi recto-vaginale, une mince lamelle de muqueuse de 3 centimètres de large. Ce fut là, en réalité, le point long et délicat de l'opération, à cause de l'extrême irrégularité de la surface occupée par les bourrelets multiples de la colonne postérieure du vagin et par un commencement de rectocèle. Pour le mener à bonne fin, je dus, à plusieurs reprises, passer deux doigts de la main gauche dans le rectum afin de tendre et de déplisser les parties à aviver. L'avivement des parties latérales fut beaucoup plus rapide. A l'aide du petit couteau triangulaire de Beer, je dessinai d'abord,

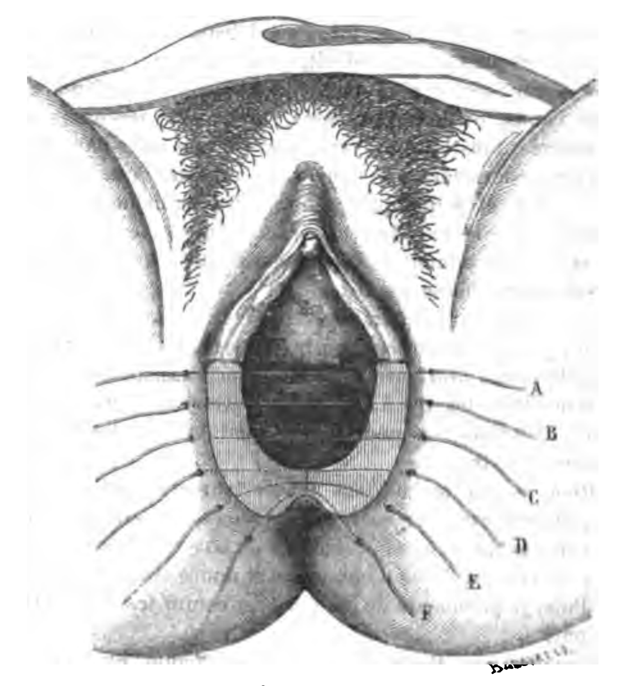


Fig. 2. (1).

(1) Cette figure est défectueuse. Elle n'indique point la perte de substance de la partie antérieure de l'anus ainsi que de l'extrémité inférieure de la paroi recto-vaginale. Il s'ensuit que l'avivement médian commence trop bas, ne remonte point assez haut et que l'avivement tout entier ne rappelle nullement, sur le dessin, la forme d'un papillon qui est décrite dans le texte.

puis détachai, de chaque côté et de bas en haut, une mince lamelle de muqueuse de 3 centimètres de large à la base, c'est-à-dire à sa réunion avec l'avivement médian, et de 2 centimètres seulement au sommet situé à l'origine des petites lèvres. L'avivement complet rappelait assez bien la forme d'un papillon dont les ailes auraient été formées par l'avivement latéral et le corps par l'avivement médian. La partie médiane, malgré la précaution prise de la dénuder aux ciseaux, donna un écoulement sanguin assez abondant qui vint retarder un peu le second temps de l'opération.

2° *Passage des fils.* — Ceux-ci furent introduits exactement suivant les indications d'Emmet et à l'aide du passe-fil de Mathieu, auquel j'avais adapté une forte aiguille courbe de droite à gauche et longue de 5 centimètres. Avec cette aiguille, il me fut possible de cheminer constamment dans l'épaisseur des tissus et de n'avoir, par conséquent, pour chacun des trois premiers fils, si importants pour l'intégrité de la réparation du sphincter et de la cloison, qu'un point d'entrée et qu'un point de sortie naturellement sur la peau, loin des surfaces avivées.

Le fil inférieur (fig. 2, F) fut donc introduit à gauche, à 1 centimètre et demi en arrière et en dehors de la circonférence postérieure de l'anus et vint émerger à droite en un point symétrique, après avoir parcouru les trois quarts d'une circonférence et passé dans l'épaisseur de l'extrémité inférieure de la cloison. Le second fil (E, fig. 2) fut introduit de la même manière, au niveau et à un centimètre en dehors de la limite postérieure de l'avivement; il comprit la cloison à un centimètre environ au-dessus du premier fil et vint sortir en un point symétrique du côté opposé. Le troisième fil fut passé, à un centimètre plus haut, d'une façon identique (fig. 2, D). Puis trois fils (fig. 2, C B A), à 8 millimètres environ de distance, vinrent traverser d'abord la lèvre gauche, puis la lèvre droite, sur la partie externe de laquelle ils vinrent émerger à 1 centimètre de distance de l'avivement. En tout six fils : trois pour l'anus et la partie postérieure du périnée, trois pour la partie vaginale.

3° *Affrontement et torsion des fils.* — Après avoir une seconde fois épongé et nettoyé soigneusement la plaie et m'être assuré que tout écoulement de sang avait cessé, j'affrontai les parties de bas en haut et les fixai dans leur nouvelle situation par un ou deux tours de fil donnés à la main. Je pus alors m'assurer que du côté du rectum, du côté du vagin comme du côté de la peau, l'affrontement était parfait et sans tension. Je passai à la torsion définitive des sutures. Elle fut faite au moyen d'une pince et de haut en bas, c'est-à-dire en sens inverse de l'affrontement. Puis les fils coupés à une égale longueur, à environ 4 centimètres des parties, furent réunis en faisceau par un

fil circulaire et entourés par une petite bandelette de diachylum pour en protéger l'extrémité (fig. 3).

Enfin la malade fut sondée et remise au lit dans le décubitus latéral gauche, les cuisses fléchies et les genoux rapprochés par quelques tours de bande. L'opération proprement dite avait duré deux heures.

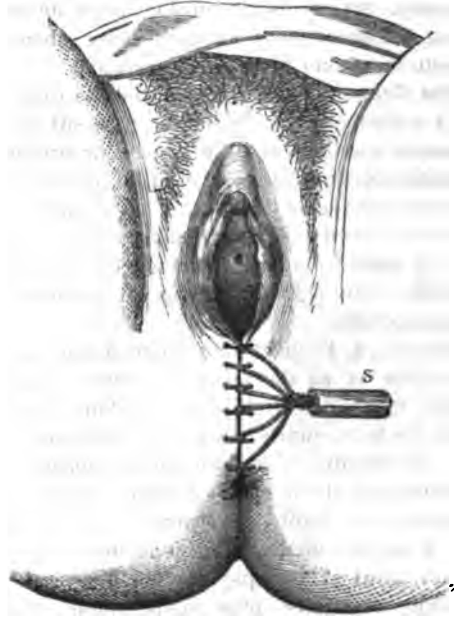


Fig. 3.

Soins consécutifs. — Les urines furent évacuées suivant les besoins, c'est-à-dire trois ou quatre fois par jour pendant 17 jours; afin que l'urine ne pût arriver au contact des parties, la sonde en gomme dont je me servais était munie d'un cylindre de flanelle très-claire que je poussais jusqu'au contact du méat aussitôt que la sonde était introduite. Quand l'urine s'était écoulée, la sonde, retirée à travers le cylindre de flanelle, se trouvait à son retour isolée des parties. Le cathétérisme était pratiqué dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies et à peine écartées. A partir du troisième jour, je fis, après chaque sondage, une large injection vaginale à l'eau phénolée, conduite dans le vagin au moyen d'une sonde en caoutchouc adaptée à un irrigateur Éguisier. C'est après le cathétérisme que je changeais la position de l'opérée. Je la plaçais alternativement dans le décubitus latéral, gauche ou droit, et dans le décubitus dorsal, les jarrets

élevés reposant sur un traversin. Je ne connais pas de raison pour refuser à l'opérée le soulagement indicible de reposer tour à tour dans ces trois positions. Jamais, sans doute, les parties ne sont moins tiraillées et l'écoulement des liquides n'est plus facile que dans les décubitus latéraux ; mais, quand les points de suture sont assez rapprochés, que l'affrontement est parfait, et que de fréquents lavages sont soigneusement faits, il n'y a guère à craindre l'introduction de liquides vaginaux entre les surfaces nouvellement réunies. D'ailleurs, les injections et le cathétérisme réclament presque de nécessité le décubitus dorsal. Le bien-être éprouvé par la malade ne fut sans doute pas perdu pour le résultat de l'opération, car je la retrouvais le plus souvent tranquille dans la position où je l'avais laissée.

Les injections vaginales répétées à chaque cathétérisme constituèrent tout le pansement. Le pouls ne s'éleva pas un seul jour à 90 pulsations. Soir et matin, un granule de 1 centigramme d'extrait gommeux d'opium maintint pendant 17 jours la tranquillité des intestins. Pendant tout ce temps l'appétit ne se démentit pas. L'alimentation fut composée de consommés, d'huîtres, d'œufs à la coque, de beefsteaks, de côtelettes, de poulet, etc.

Le 19 mai, le septième jour, je remarquai que les quatre fils supérieurs avaient donné lieu à un peu de suppuration sur leur trajet. Immédiatement et à l'aide du chloroforme, je procédai à l'enlèvement de toutes les sutures. Deux jours après, toute suppuration avait disparu.

Le soir du dix-septième jour, le 29 mai, un lavement à l'huile d'olive fut donné et retenu ; le lendemain, à 6 heures du matin, on donna 15 grammes d'huile de ricin émulsionnée dans du lait chaud, à 7 heures, un nouveau lavement à l'huile d'olive. Une heure et demie après, pendant que la garde, la main appliquée à plat sous le pubis, soutenait de nouveau le périnée et le ramenait doucement vers l'anus mis lui-même en toute liberté par le décubitus latéral, une première selle molle et facile eut lieu sans douleur ni sang, et fut suivie bientôt sans encombre par de nombreuses autres.

Résultat de l'opération. — Le 25 juin, époque de ma dernière visite, Mme R... se trouvait dans l'état suivant : le nouveau périnée de l'anus à la vulve mesure plus de 2 centimètres et demi ; l'anus complètement reformé se contracte devant le doigt explorateur et ne se laisse franchir qu'après la résistance normale. L'orifice vulvaire n'admet qu'avec peine deux de mes doigts, qui sont de petite dimension. La réunion s'est faite largement dans toute la hauteur de l'avivement ; la base du périnée, de la portion antérieure de l'anus au vagin, a plus d'un centimètre et demi d'épaisseur. Depuis plusieurs semaines, Mme R... marche dans sa maison, se promène

dans son jardin et au dehors, et fait de longues promenades en voiture. Elle retient, à volonté, les lavements chauds à l'eau de guimauve et à l'huile. La contention volontaire des gaz est absolue. Elle se trouve *entièrement* sous ce rapport comme avant son malheureux accouchement.

P.-S. — J'ai revu Mme R... le 23 juillet et au commencement de novembre 1875. Sa guérison, comme on pouvait s'y attendre, est restée complète.

Observation II.

Rupture ano-vulvaire intéressant le rectum dans une hauteur de 2 centimètres. — Deux opérations successives. Première opération: succès partiel, persistance d'une fistule recto-vaginale. Deuxième opération, vingt-quatre jours après, pour clore cette fistule: succès complet. Restauration fonctionnelle intégrale.

Mme H..., 36 ans, constitution bonne, tempérament nerveux sanguin, embonpoint conservé, se présente à ma consultation le 2 février 1876.

Réglée pour la première fois à treize ans et demi, régulièrement, sans douleurs ni flueurs blanches jusqu'à l'âge de vingt-ans, où elle devint enceinte pour la première fois. Cette grossesse qui fut normale se termina à temps par un accouchement très-laborieux ; l'enfant, en présentation céphalique, dut être extrait par le forceps, après plus de quarante-huit heures de travail. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis seize années, les règles toujours exactes sont annoncées un jour à l'avance par de violentes douleurs, qui se continuent pendant le premier jour du flux sanguin ; les flueurs blanches sont continuelles. De plus, elle a été frappée d'incontinence complète des matières fécales non solides et des gaz, elle a des envies fréquentes d'uriner, des pesanteurs et des douleurs en marchant. Elle marche courbée et ne peut le faire qu'à l'aide d'une ceinture abdominale fortement serrée, sur laquelle vient s'appliquer, en forme de bandage en T, une large bande périnéale. Sur trois grossesses subséquentes, une seule, la plus rapprochée de l'accident, est parvenue à terme, les deux autres se sont terminées à 25 et à 29 ans, par des fausses-couches de quatre mois et demi et de trois mois. Mme H... est en proie à des alternatives constantes de diarrhée et de constipation. Celle-ci, qui est son état le plus habituel, se termine invariablement, après quatre à huit jours, par des coliques atroces et puis par une débâcle copieuse qui, une fois même, a été suivie, pendant trois jours, de nombreuses selles sanglantes. Depuis deux années surtout les douleurs qu'elle éprouve pour aller à la garde-robe sont devenues terribles et ont revêtu le

caractère de véritables crises qui plusieurs fois ont été jusqu'à la syncope.

Etat des parties. Le périnée a complètement disparu. La paroi antérieure du rectum elle-même a été intéressée dans une hauteur de 2 centimètres. Tout le pourtour de l'orifice anal est occupé par une large ulcération qui couvre les côtés de la déchirure périnéale sur une étendue de plusieurs centimètres carrés. Au devant des plis rayonnés de l'anus, tous ramassés en arrière et ulcérés, la muqueuse rectale est descendue en deux gros bourrelets rougeâtres également ulcérés et apparaît, aussi haut dans le rectum que la plus petite valve de Sims peut la découvrir, rouge brun, boursouflée, couverte de granulations et de mucus. L'utérus en antéversion est mobile. Le museau de tanche très en arrière, énorme, béant et douloureux, appuie fortement sur la paroi recto-vaginale, efface la lumière du rectum et donne ainsi l'explication de la constipation et de l'absence de prolapsus utérin. La muqueuse du col et du canal cervical est enflammée, rouge et sensible, mais sans perte de substance. L'orifice interne est ouvert et l'organe entier, augmenté de volume, mesure 85 millimètres de longueur.

Comme on le voit, les conséquences de la rupture s'étaient, depuis seize années, développées d'une façon terrible. Elles étaient arrivées à dominer l'affection primitive et, à vrai dire, c'était pour elles que Mme H... venait demander du soulagement et non pour la repoussante infirmité qu'on lui avait, depuis de longues années, déclarée incurable. Aussi, avant de songer à une opération autoplastique, fallait-il d'abord obtenir la cicatrisation des ulcérations de la fente ano-vulvaire, faire cesser les flueurs blanches et régulariser autant que possible les fonctions intestinales.

Les ulcérations du pourtour de l'orifice anal et l'irritation du col utérin furent traitées par une exquise propreté constamment maintenue du côté du rectum et du côté du vagin, et par les pansements, répétées une ou deux fois par semaine, avec la teinture d'iode ou une solution au 20e de nitrate d'argent. A l'aide de l'emploi méthodique de l'eau de Pullna prise le matin à jeun, et du maintien de l'utérus par un pessaire approprié, j'obtins assez rapidement des selles journalières, partant la disparition des crises, et, au bout de six semaines, Mme H... se trouvait relativement bien, et dans un état qui me permettait de tenter une restauration périnéale. Elle eut lieu le 20 avril avec l'aide de mes amis et confrères, MM. les docteurs Le Brument, Gignoux, Gauran, Catteau, médecin aide-major au 74e de ligne.

Opération. — Le manuel opératoire et les soins consécutifs ayant été, à peu près exactement, ceux que j'ai décrits dans une première bservation, je les esquisserai à grands traits.

La malade ayant eu préalablement l'intestin débarrassé par 20 grammes d'huile de ricin pris la veille, et par un copieux lavage le jour de l'opération, est chloroformée et mise dans la position de la taille. Deux aides maintiennent d'une main les cuisses écartées et les talons rapprochés des ischions, tandis que, de l'autre main, par une légère et égale traction en dehors et en bas, ils écartent les grandes lèvres et exposent en pleine lumière les parties à restaurer.

1° *Avivement.* A l'aide des ciseaux et du ténaculum, je dénude d'abord toute la largeur de l'extrémité inférieure de la paroi recto-vaginale sur une hauteur de 3 centimètres (corps du papillon, voyez fig. 4); puis, respectant, mais suivant exactement la limite de la muqueuse anale, je continue en bas l'avivement sur les côtés de l'anus (bas des ailes du papillon, fig. 4, I, I'); ensuite, à l'aide de la lame fine d'un bistouri, je taille et j'enlève sur chacune des lèvres de la déchirure périnéale, et de dedans en dehors, une mince lamelle de muqueuse de 3 centimètres de large à la base et de 2 centimètres seulement au sommet, c'est-à-dire vers l'origine des petites lèvres (fig. 4, IS, I'S').

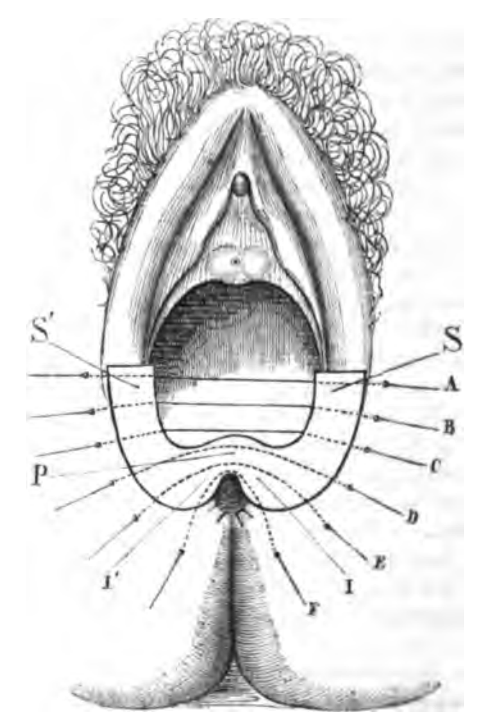


Fig. 4.

Qu'il me soit permis d'ajouter, pour répondre à une objection grave faite dans une enceinte illustre au procédé que j'emploie, que la fig. 2 représente infidèlement l'avivement. Celui-ci rappelle assez bien, comme je l'ai déjà dit, la forme d'un papillon qui a les ailes écartées (fig. 4). Les extrémités inférieures I, I' des ailes du papillon ne sont nullement sur la muqueuse anale que je respecte avec soin, mais bien sur le tissu cicatriciel de la déchirure, qui, comme l'enseignait à Strasbourg un de mes maîtres les plus chers, le professeur Herrgott, n'est nullement réfractaire à la réunion et que j'avive, lui, tout entier, depuis les restes de l'hymen jusqu'aux côtés de l'anus. Aussi, la réparation obtenue, l'anus se retrouve comme auparavant, au fond d'un léger infundibulum, et séparé de la vulve et du vagin par une épaisseur de tissu presque aussi considérable que celle qui existe normalement.

2° *Passage des fils*. Le premier (F) est introduit à 1 centimètre 1/2 en arrière et en dehors de l'anus et passe dans l'épaisseur de l'extrémité inférieure de la cloison ; le deuxième (E), introduit au niveau et à 1 centim. 1/2 en dehors de l'avivement, reste aussi sur tout son trajet, ainsi que le troisième (D) placé 1 centimètre plus haut, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Enfin, trois fils (C. B. A) traversent seulement les lèvres de la déchirure.

3° *Affrontement, torsion des fils*. L'affrontement est fait de bas en haut ou d'arrière en avant au moyen d'un simple tour donné, à la main, au fil convenablement tendu. La torsion des fils, au contraire, a lieu de haut en bas ou d'avant en arrière. Les fils coupés à 4 centimètres environ des parties sont réunis par un ou deux tours circulaires et enroulés dans une bande protectrice de diachylum.

La malade sondée est remise au lit dans le décubitus dorsal, les genoux élevés par un traversin et rapprochés par un bandage roulé. Je lui fais avant de la quitter une injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, afin de prévenir les vomissements qui, après deux heures d'anesthésie et l'absorption de plus de 200 grammes de chloroforme, ne manqueraient point de se produire (1), et je prescris : sondages suivant le besoin, bouillon ; pour la nuit, une pilule de 2 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

(1) Ce fait mérite d'être établi d'une façon scientifique. Néanmoins, eu égard à son importance, je ne puis me dispenser d'ajouter sommairement qu'il y a plus d'une année que je me suis convaincu de l'action véritablement héroïque et immanquable des injections de morphine contre ou pour prévenir les accès de vomissement qui suivent l'inhalation prolongée des vapeurs de chloroforme ou d'éther. Vomissements si redoutés du chirurgien après les grandes opérations — surtout celles où le péritoine a été intéressé — et toutes les fois où il y a union immédiate à obtenir.

21 avril. — Le matin pouls à 68, pas de chaleur à la peau, tranquillité parfaite ; une pilule de 2 centigrammes d'extrait d'opium, injection vaginale au phénol. Dans la journée deux potages sont absorbés avec appétit. Le soir, injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

22 avril. — Le matin une pilule; pouls à 80 ; injection vaginale. Journée très-pénible, gaz intestinaux. Crise de douleurs de ventre, qui arrachent des cris à la malade et me forcent à pratiquer dans la journée une injection hypodermique. Trois potages. Le soir, deux pilules.

23 avril. — Nuit et journée bonnes. Pouls à 68. Deux pilules matin et soir. La malade mange deux œufs avec grand appétit et plusieurs potages.

24 avril. — Le matin un peu de chaleur à la peau, pouls à 80 ; une pilule ; j'examine les parties qui ne sont le siége d'aucun gonflement ni d'aucune sensibilité exagérée, pas de traces de suppuration ni même d'humidité le long des fils. Injection vaginale. Dans la journée, douleurs de ventre calmées par une injection hypodermique. Deux pilules pour la nuit. La malade mange une cotelette et plusieurs potages.

25 avril. — La malade va parfaitement, le pouls est à 70. Après le cathétérisme habituel je fais une injection vaginale et donne une pilule. Vers une heure elle mange un beefsteak et est bientôt après prise de douleurs atroces dans le ventre comme celles par lesquelles se terminaient autrefois d'ordinaire ses constipations. Bientôt elle se met à pousser et à faire des efforts désordonnés pour aller à la selle pendant que la garde, prenant au pied de la lettre ma recommandation : « il ne faut pas que Mme H... aille à la garde-robe, » non contente d'avoir donné deux autres pilules et de m'avoir envoyé quérir, se met à presser à deux mains sur les fesses rapprochées et s'efforce d'oblitérer l'anus. Elle n'y parvient que trop, hélas ! car, quelques minutes après je trouve dans le vagin des humidités stercorales sanglantes. Incontinent, je retire les fils et je puis me convaincre qu'aucune matière fécale solide ne s'est avancée, que le désastre a été produit par la fuite de gaz et une très-petite quantité de matières entièrement liquides qui, sans nul doute, se seraient facilement échappées par l'anus sans l'intervention maladroite d'une garde dévouée mais incompétente. Après un copieux lavage au phénol du côté du vagin et du côté du rectum et une injection dans le rectum de 15 gouttes de laudanum de Sydenham, la malade est remise au lit.

Après ce malheureux événement, tout rentre dans le calme. Malgré le maintien d'une constipation absolue, à l'aide de 2 centigrammes d'extrait d'opium pris matin et soir, tout symptôme intestinal dou-

loureux disparaît. Les mêmes soins sont continués et le lundi 1er mai, après avoir préparé les voies et désagrégé les matières par des lavements à l'huile, nous obtenons sans accident de copieuses selles à l'aide de 15 grammes d'huile de ricin émulsionnés dans du lait chaud.

5 mai. — Quinze jours après l'opération de périnéorrhaphie, voici quel est l'état des parties. La femme étant mise dans le décubitus dorsal et la position de la taille, aucune altération n'apparaît; les parties paraissent normales. Entre l'anus et la vulve, le nouveau périnée mesure 2 centimètres. En revanche, immédiatement au-dessus de l'orifice anal existe une communication avec le vagin. Cette communication examinée au moyen d'un index introduit dans le vagin, et de l'autre introduit dans le rectum, paraît presque linéaire, mais, distendue par un spéculum anal, elle revêt la forme arrondie, mesure 1 cent. 1/2 de diamètre et se dirige de bas en haut et d'arrière en avant.

Un fait remarquable est que la malade n'a jamais accusé aucun inconvénient de cette fistule, qu'elle n'en a su l'existence que par mes paroles et que, grâce sans doute à la direction oblique et de bas en haut du trajet, aucune matière, aucun gaz ne se fit jamais jour du rectum dans le vagin. Le rétablissement de la fonction était parfait, les lavements à l'huile et à la guimauve conservés à volonté. Néanmoins, comme Mme H... tenait encore plus que moi à la perfection de la forme et réclamait une restauration complète, une seconde opération fut décidée. Elle eut lieu le 14 mai avec le concours de MM. les Drs Chambé, médecin-major de 1re classe, Brisset, médecin aide-major, et de M. Lainey, étudiant en médecine.

Opération. La malade ayant eu les intestins soigneusement débarrassés la veille par un verre d'eau de Püllna et le matin par d'abondants lavages, est chloroformée et mise dans le décubitus latéral gauche, position du spéculum de Sims. Une petite valve de Sims introduite dans le rectum déprime vers le coccyx la région périnéale postérieure, et expose complètement en vue la fistule. Puis je procède de la façon suivante aux divers temps de l'opération.

1° *Avivement*. A l'aide du ténaculum et des ciseaux, ou, suivant les besoins, de la lame fine d'un bistouri j'enlève, aux dépens de toute l'épaisseur des lèvres de la fistule et de la partie superficielle de la muqueuse rectale voisine, une mince lamelle de tissu de 12 millimètres environ de large sur les côtés, et de près de 2 centimètres à la partie supérieure et à la partie inférieure de la perte de substance. J'agis ainsi afin de donner à la plaie d'avivement la forme ovalaire, d'éviter le godet qui ne manquerait point de se former aux extrémités d'une plaie circulaire qu'on voudrait réunir, et d'obtenir une parfaite adaptation des surfaces avivées. Malgré la précaution de dénuder d'abord les parties déclives, l'écoulement de sang est assez ennuyeux

mais peu abondant ; un seul petit rameau hémorrhoïdal divisé à l'angle supérieur de la plaie doit être tordu.

2° *Passage des fils.* Il a lieu à l'aide de l'aiguille chasse-fil de Mathieu. Chaque point entre sur la muqueuse rectale à 5 millimètres environ de l'avivement et ressort à la limite de celui-ci pour la lèvre droite ou supérieure et traverse la lèvre gauche ou inférieure en sens inverse, mais d'une façon exactement symétrique. Quatre points de suture entrecoupée, à 6 millimètres environ de distance sont ainsi introduits, la plaie est de nouveau épongée avec soin, débarrassée de tout caillot sanguin et je passe au troisième temps de l'opération.

3° *Affrontement.* Je le fais à l'aide d'un ou deux tours donnés à la main au fil métallique convenablement tendu. Le point délicat de ce temps est de rendre exact aux angles de la plaie l'adossement des surfaces saignantes. Cette condition facile à obtenir dans les pertes de substance de forme linéaire n'est rendue possible, dans celles de forme arrondie, qu'en leur donnant par l'avivement la forme ovalaire — comme je l'ai dit plus haut — et en faisant opérer par un aide, au moment de l'affrontement des fils extrêmes, une légère traction sur les angles de la plaie au moyen d'un crochet mousse.

4° *Torsion des fils.* De haut en bas, comme l'affrontement. J'engage successivement les extrémités de chacun des fils dans les mors d'une pince à verrou à laquelle j'imprime ensuite un mouvement de rotation sur son axe. J'ai soin d'arrêter le mouvement de torsion au moment où il se fait sentir à 1 millimètre environ des parties, afin de prévenir l'étranglement des tissus par la suture.

Puis le spéculum est retiré, les 4 fils sont coupés à 3 centimètres environ de l'anus, réunis par un fil circulaire et enroulés dans un revêtement protecteur de diachylon. La malade est sondée, remise au lit dans le décubitus dorsal, les genoux rapprochés par quelques tours de bandes et élevés par un traversin et je lui fais avant de la quitter une injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

L'opération avait duré une heure et demie.

Le traitement consécutif fut extrêmement simple et consista essentiellement : dans le cathétérisme répété pendant les huit premiers jours toutes les fois que le besoin d'uriner se faisait sentir et pratiqué avec les précautions que j'ai décrites dans ma première observation, dans le rapprochement des cuisses et l'immobilité dans l'un des décubitus dorsal ou latéral gauche ou droit ; dans une alimentation substantielle mais laissant aussi peu de résidus que possible, enfin, dans le maintien de la constipation pendant douze jours, à l'aide de 3 à 4 centigrammes d'extrait gommeux d'opium pris journellement matin et soir.

Tout marcha à souhait, sans le moindre mouvement de fièvre, le

pouls ne dépassa jamais 70 pulsations. Grâce à l'exacte adaptation des surfaces avivées, il n'y eut à aucune époque, ni dans le vagin ni dans le rectum, aucune trace de suppuration, aucune humidité même le long des fils.

Enlèvement des sutures. Le 20 mai, les fils furent retirés en présence de M. le Dr Brisset, aucun d'eux n'avait causé sur son parcours la plus petite irritation, ils n'étaient même point devenus mobiles dans leur trajet. Il fallut une assez forte traction pour les retirer et quelques gouttelettes de sang s'écoulèrent par leurs orifices. La réunion était parfaite.

Obtention des garde-robes. Le 25 mai, plusieurs lavements à l'huile d'olive furent donnés pour humecter et désagréger les matières, en même temps que pour lubréfier les parties; puis, dans la nuit deux cuillerées à café d'huile de ricin soigneusement émulsionnées dans une tasse de lait chaud; enfin, le 26, à 8 heures du matin, un lavement chaud de 40 grammes d'huile d'olive émulsionnée à l'aide d'un jaune d'œuf dans 100 grammes d'eau de guimauve, et à 9 heures une première selle très-moulée quoique molle, avait lieu sans accident et fut suivie dans la journée d'une exonération intestinale complète. A partir de ce jour, des selles journalières ont été obtenues au moyen d'un verre d'eau de Püllna pris le matin à jeun, une heure avant le premier déjeûner, et la malade, désormais sans entraves, a pu commencer à se lever.

Le 31 mai, dix-sept jours après l'opération, M. le Dr Chambé vint revoir Mme H... avec moi. Le petit spéculum de Sims fut introduit dans l'anus et nous montra une paroi recto-vaginale intacte où une simple ligne blanchâtre indiquait le lieu de la réunion que nous avions heureusement obtenue. Mme H... nous confirmait de nouveau que la contention des gaz et des matières les plus liquides — même des lavements chauds à l'huile — était complète et volontaire et que la restauration fonctionnelle était entière.

Le 4 juin, Mme H... retournait chez elle. Malheureusement des altérations intestinales chroniques survivront longtemps à la disparition de la cause qui les a engendrées (1).

---

(1) Nous avons pratiqué, il y a quelques mois (19 mars 1876), assisté de notre excellent confrère Pignol, une opération de périnéorrhaphie, dans un cas de déchirure complète.

L'opération qui fut faite suivant les indications que nous avons trouvées dans le livre de Gaillard Thomas, nous a donné un résultat très-complet. Le procédé opératoire qui a été suivi fut presque entièrement semblable à celui qui vient d'être préconisé par M. le Dr Jude Hue (Voyez fig. 4, p. 20). Nous comptons fournir prochainement la relation détaillée de cette opération qui vient confirmer la valeur du procédé mis en pratique par notre distingué confrère de Rouen. Dr A. Leblond.

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE

CHEZ LES ENFANTS

Note lue à la Société de médecine de Paris dans la Séance du 10 juin 1876.

Par le Dr J. Dubrisay

J'ai l'honneur de soumettre à la Société l'histoire d'un fait fort rare dans notre pays, et qui, par cela même, a présenté certaines difficultés comme diagnostic.

Il s'agit d'un cas de fièvre pernicieuse à forme convulsive chez une petite fille âgée de 17 mois.

Le lundi 8 mai 1876, cette enfant, bien portante la veille, était devenue subitement souffrante. Après une nuit agitée, elle s'était montrée le matin, triste, grognon et pâle : elle toussait un peu et avait mangé avec répugnance. Appelé dans la matinée auprès d'elle, je constatai quelques gros râles bronchiques et attribuai le malaise en partie à une légère trachéo-bronchite, en partie à la dentition. Cette enfant était en pleine évolution dentaire. Elle avait 14 dents, et les deux canines supérieures étaient sur le point de percer la gencive : de plus, par suite d'une fâcheuse circonstance, quelques jours auparavant, elle avait été brusquement séparée de sa nourrice.

La journée s'écoula sans présenter d'abord aucun symptôme alarmant : quand, à trois heures de l'après-midi, l'enfant, étant dans son berceau, fut prise d'une convulsion clonique générale très-intense. Les membres étaient raides et agités de mouvements saccadés, la tête était renversée en arrière, la respiration haletante et entrecoupée, la face et toute la surface du corps complètement cyanosées.

A 3 heures 10 minutes j'étais auprès de l'enfant.

Les mouvements convulsifs avaient cessé : la teinte cyanique avait disparu : tout le corps était glacé et dans une résolution absolue. La face était livide, le pouls très-petit et très-irrégulier, à 180 ; la température à 39 3/10. L'enfant, les yeux tout grands ouverts, était plongée dans un demi-coma et n'avait aucune connaissance. En temps ordinaire, ma seule présence était le signal de cris et de colère. A cette heure elle était muette en me regardant et me laissait prendre sa main sans avoir l'air de s'en apercevoir. Cet état d'inertie intellectuelle se prolongea pendant quarante minutes, et à quatre heures toute trace d'accident avait disparu : l'enfant s'était assoupie et paraissait calme.

A 7 heures du soir, le sommeil durait encore.

A 10 heures, elle avait repris de la gaieté et mangea quelques cuillerées de potage.

La nuit fut très-agitée : on nota quelques mouvements nerveux dans la figure, des secousses et des tremblements dans les membres.

Le mardi 9 à 7 h. 1/2 du matin, l'état général était assez bon.— Le pouls était fréquent et irrégulier. Dans la poitrine, des deux côtés, existaient encore des râles ronflants et sibilants, sans oppression et avec une toux assez rare.

A 10 heures du matin, deuxième convulsion avec les mêmes caractères que la veille, mais moins intense et moins longue.

L'enfant a pris le matin 12 grammes d'huile de ricin. — A neuf heures elle a vomi une fois. — A deux heures, elle a une selle abondante.

A 3 heures, elle est très-abattue, mais le pouls est tombé à 120 ; la température à 37. La respiration est régulière et non précipitée. — Les râles sont à peine marqués.

A 9 heures du soir, consultation du Dr X...

La figure est très-colorée, la peau très-chaude, le pouls à 140°.

Dans la poitrine on entend des deux côtés des râles ronflants, sonores : à droite vers l'aisselle, quelques râles humides. — L'enfant tousse très-peu. Elle ne présente aucun symptôme cérébral.

M. X... porte le diagnostic de convulsion initiale d'une affection thoracique. Selon lui, toute idée de maladie cérébrale doit être écartée, et dans la poitrine, si on ne trouve les signes d'une broncho-pneumonie déjà déclarée, on constate du moins ceux d'une forte congestion qui n'est sans doute que le premier acte d'une inflammation franche. — En règle habituelle, il est vrai, il n'y a qu'une convulsion unique au début des maladies aiguës, et ici il y en a eu deux. — La toux est aussi bien rare. Mais suivant M. X..., les convulsions ont pour effet de supprimer la toux, et il s'arrête définitivement à l'idée d'une broncho-pneumonie. Toutes les deux heures l'enfant devra prendre une cuillerée à café de :

Eau sucrée	40 grammes
Kermès.	10 centigr.
Teinture digitale	12 gouttes.
Musc	0,05 centigr.

Une réserve est cependant admise. L'enfant est née en Sologne. — Du mois d'août au mois de novembre elle y a vécu. Au dire de ses parents elle n'a jamais eu de fièvre ; il faudra cependant l'observer au point de vue de l'intermittence.

Le mercredi 10 mai, à 11 heures, l'état est à peu de chose près le même que la veille au soir. Pouls 120, température 39 6/10. — Les râles n'ont pas augmenté, mais persistent.

A 5 heures, la scène a complètement changé. Comme la veille, à la même heure, le pouls est à 120, la respiration à 32, la température à 37 4/10.

A l'auscultation, pas un râle dans la poitrine. — L'enfant est gaie : elle joue avec sa bonne, elle mange volontiers. — Cet état persiste plusieurs heures.

Il n'est donc plus permis d'avoir le moindre doute : il s'agit, non d'une pneumonie, mais d'une fièvre intermittente qui a été convulsive au début et qui, à chaque accès, s'est compliquée de congestion pulmonaire.

10 centigrammes de sulfate de quinine sont administrés le soir même dans du café noir.

Rappelé le 11 mai, deux jours après sa première visite, M. X... se range à cette explication qu'il avait d'ailleurs admise comme possible.

Le cas fut dès lors à peu près régulier. Pendant huit jours encore, du 11 au 19, les accès se renouvelèrent pour cesser définitivement dans la nuit du 18 au 19 mai. Je ne fatiguerai pas l'attention de mes auditeurs en leur rapportant jour par jour les diverses péripéties par lesquelles nous avons passé. Qu'il me soit seulement permis de mettre en relief les particularités saillantes que j'ai observées.

Les accès de fièvre ont toujours été irréguliers comme heures, tellement irréguliers qu'il était souvent impossible de saisir un moment de complète acalmie pour administrer le sulfate de quinine. Mais il y avait presque toujours deux accès par jour. La température prise avec soin 2 et 3 fois par jour le prouve.

Les accès n'allèrent pas en diminuant graduellement pour disparaître ensuite. Le plus fort fut le dernier, qui eut lieu le 18 au soir. A 9 heures du soir, le thermomètre marqua 40° : le lendemain à 4 heures du matin il marqua 38,2. A 11 heures, 36,7, le surlendemain, 36,5, et depuis lors il ne remonta plus.

Les accès se composaient d'une période de froid peu accusée, d'une période de chaleur plus ou moins intense et presque toujours d'une période de sueur marquée seulement à la tête. Jamais il n'y eut de frisson, et le froid, peu intense, ne se constatait qu'aux extrémités.

Les premiers jours quand le diagnostic était encore incertain, et ce fut même ce qui aida à l'établir, il y avait eu des intervalles de bien-être complet, mais dès le troisième jour les intervalles disparurent. Entre deux accès l'enfant était moins agitée, mais elle n'avait plus ni gaieté ni bonne mine, et ce qui nous embarrassa même assez sérieusement, à toute époque de bien ou de mal, elle refusait toute espèce de nourriture, parfois même de boisson.

Elle eut plusieurs fois des vomissements qui coïncidèrent toujours avec les reprises de fièvre.

Enfin, si elle fut difficile à nourrir, elle fut d'autre part facile à traiter, car elle accepta toujours volontiers le sulfate de quinine dans une infusion de café. Les doses furent successivement portées de 0,10 à 15 et de 15 à 20. Du 11 au 19 exclusivement, elle prit 1,50 de sulfate de quinine. A partir du 19, elle continua encore la même dose, 0,20 pendant quatre jours : elle ne prit ensuite que tous les deux jours, puis tous les trois jours, et aujourd'hui encore elle prend tous les quatre ou cinq jours 0,15 de poudre. Il a fallu remplacer le sulfate de quinine par la quinine brute.

La maladie dura onze jours, et à la suite, cette enfant était d'une pâleur extrême. Elle fut cependant plutôt anémique que cachectique proprement dite. Jamais, ni par le palper, ni par la percussion, ni par l'inspection pratiquée d'après la méthode d'Ebrard, de Bourg, je n'ai pu constater d'hypertrophie de la rate. Le foie débordait les fausses côtes de deux travers de doigt, mais on sait que chez les enfants cette hypertrophie relative est la règle.

Enfin, aujourd'hui 4 juin, trois semaines après le début des accidents, cette enfant qui a échappé à une des plus graves affections de l'enfance, est complètement rétablie. Elle a retrouvé sa gaieté, elle a un excellent appétit, et à peu de chose près elle a repris sa mine habituelle. Pendant sa maladie, elle a percé, sans paraître s'en apercevoir, une quinzième dent, l'avant-dernière canine.

La question de la fièvre intermittente, et surtout de la fièvre pernicieuse chez les enfants, a été singulièrement laissée de côté par la plupart des auteurs. Les ouvrages de pathologie qui sont entre les mains de tous les médecins sont muets sur ce sujet. Les traités spéciaux sur la fièvre intermittente ou sur les maladies des enfants, ceux de Barrier, Billard, Rilliet et Barthez, Vogel, Trousseau, West, n'en parlent pas davantage.

Dans l'ouvrage de Bouchut, dans la 1re édition qui date de 1845, il y avait toutefois un long chapitre sur cette maladie, et, depuis lors, divers praticiens ont publié dans les journaux quelques mémoires ou observations.

Je citerai, entre autres : Sémanas, en 1847, dans la *Gazette médicale ;* Guiet, en 1850, dans le même journal ; Ebrard, Valleix, en 1848 ; Schnitzer, en 1847 ; Alaboissette, en 1850 ; Aubenais, en 1851 ; tous les cinq dans l'*Union médicale.*

Dans la collection des *Archives* et dans celle de la *Gazette hebdomadaire*, je n'ai découvert aucun document important.

Enfin, dans la *Revue des sciences médicales* d'Hayem, année 1873, tome II, chapitre 1, j'ai trouvé l'analyse détaillée d'un long mémoire publié par le professeur Bohn.

Quand un sujet a été ainsi laissé de côté, il est du devoir de chacun de faire connaître les faits nouveaux qu'il peut rencontrer, de les comparer aux observations anciennes, et, de la sorte, une question restée obscure sera bientôt élucidée et tombera vite dans le domaine commun.

Étiologie.— La fièvre intermittente est-elle une affection rare dans l'enfance? Assurément non. Sémanas, en 1847, raconte qu'à Alger, au moment de leur première dentition, les enfants étaient presque fatalement atteints d'une fièvre pernicieuse à forme comateuse, qui les enlevait au troisième accès.—La mortalité était si grande que les parents préféraient s'exposer à une traversée et revenaient en Europe.

Le Dr Alexandre, de Sparte, cité par Bouchut, parle d'une épidémie de fièvre pernicieuse éclamptique, qui sévissait en Grèce, principalement sur les enfants.

Bouchut, en 1861, avait déjà observé 22 exemples de fièvre intermittente, et depuis lors, ajoute-t-il, soit en ville, soit à l'hôpital, il en a observé bien d'autres qu'il ne compte plus.

Valleix, sans donner de chiffres, dit que la maladie est très-fréquente; il s'étonne du silence des auteurs, ce que l'on pourrait faire encore aujourd'hui, et il explique ce mutisme par l'absence de notions bien nettes pour arriver au diagnostic.— Nombre d'enfants, dit-il, succombent à cette maladie sans qu'elle ait été reconnue.

Enfin, le professeur Bohn a réuni 468 cas de fièvre intermittente chez l'enfant, et c'est sur ce chiffre qu'il base ses conclusions.

Que serait-ce donc, si les médecins qui vivent dans les pays à fièvres avaient fixé leur attention sur le chapitre des enfants!

L'influence de la malaria est la grande cause étiologique, mais elle n'est évidemment pas la seule. Des conditions hygiéniques mauvaises, et si nous nous reportons à notre observation aussi bien qu'à une observation de Louis, citée par Valleix,

une prédisposition spéciale de cause inconnue peuvent suffire pour faire éclore la fièvre intermittente.

Dans le cas qui nous occupe, il y a une circonstance qni pourrait embarrasser. L'enfant, nous l'avons dit, est née en Sologne et y a vécu plusieurs mois. Quelques personnes, nous n'en doutons pas, seront d'avis qu'elle a dû puiser là le germe de la maladie. Nous ne le croyons pas. Jamais elle n'a été malade ; depuis le mois de novembre 1875, je l'ai presque chaque jour observée : jamais, ni ses parents ni ses frères n'ont été atteints. Nous ne pouvons donc admettre une incubation de plus de six mois.

Symptômes. — C'est du reste au point de vue des symptômes que notre observation présente une physionomie originale; c'est à ce point de vue que le danger a été immense et que le diagnostic a été très-difficile.

Il faut tout d'abord distinguer les enfants en deux classes : ceux de la deuxième enfance, qui présentent des symptômes à peu près identiques à ceux de l'âge adulte, et ceux de la première enfance, les enfants à la mamelle qui présentent des accidents tout différents. C'est seulement des enfants à la mamelle et surtout de ceux qui ont présenté la forme pernicieuse que nous nous occuperons.

Parmi les auteurs que nous avons cités, Sémanas, Alexandre de Sparte, Ebrard et Bouchut, sont les seuls qui parlent de la forme pernicieuse. — Ebrard cite, en quelques lignes, un fait complètement analogue à celui qui nous occupe. Un enfant, observé par le Dr Bouveret, a eu trois convulsions en 48 heures et a succombé à la troisième. On avait cru à des accidents vermineux, et on avait perdu le temps à administrer des vermifuges.—Blachez a rapporté, de son côté, l'observation d'un enfant qui eut aussi une série de convulsions.— Du sulfate de quinine fut administré, et l'enfant guérit.—Mais, est-il bien positif que ces deux enfants fussent sous le coup de la malaria ? La question est discutable. Ils n'ont présenté que des phénomènes d'éclampsie, et ce n'est pas assez pour établir, d'une manière indubitable, le diagnostic de fièvre intermittente.

Les auteurs que j'ai cités rapportent encore d'autres exemples de convulsions, mais ces convulsions, au lieu d'être initiales, se sont produites après le septième, après le neuvième accès, en un mot, comme phénomène de retentissement sur le système nerveux.

Le mode de début, chez ma petite malade, a donc été tout au moins exceptionnel et rare, et le danger n'en a été que plus grand.

La période convulsive terminée, les accès ont à peu près suivi la marche ordinaire; c'est-à-dire qu'ils ont été, comme chez les enfants, caractérisés surtout par la période de chaleur. Il fallait une surveillance attentive et perspicace pour saisir une période de froid et une autre de sueur. Suivant la règle, encore, ils ont été quotidiens et irréguliers; mais ce que je n'ai pas vu noté dans les observations, ils ont été doubles-quotidiens. Il y en avait deux par 24 heures. Au milieu de la nuit, vers une heure ou deux heures, il y avait une première rémission plus ou moins complète, pendant laquelle on donnait le sulfate de quinine, puis, vers le milieu de la journée, il y en avait une seconde. Il y avait de même deux accès : l'un à la naissance du jour, et l'autre au commencement de la nuit.

Un fait qui m'a fort surpris, c'est l'absence d'hypertrophie de la rate. Chaque jour j'ai palpé et percuté la rate, suivant l'indication d'Ebrard, j'ai soulevé l'enfant par les aisselles pour mieux juger de la forme du thorax, et jamais je n'ai constaté ni saillie de la rate, ni soulèvement des côtes. Ce fait pourrait, du reste, expliquer le très-rapide rétablissement de l'enfant, après la cessation de la fièvre. — Il n'y a pas eu de cachexie proprement dite. — Il servirait encore à écarter l'idée d'une fièvre de Sologne.

J'arrive à la question du *diagnostic*. — Après la première convulsion, malgré l'amélioration générale qui survint ensuite, on ne pouvait penser à une fièvre intermittente; mais, après la deuxième convulsion et la période de rémission qui la suivit de quelques heures, en présence du peu d'intensité et même de l'intermittence des phénomènes thoraciques, ne devions-nous pas songer à une fièvre pernicieuse? Je n'hésite pas à répondre

affirmativement. Nous avons perdu 16 ou 18 heures à administrer un traitement qui a été tout au moins inutile, et nous avons été fort heureux de ne pas voir survenir une troisième convulsion. Faut-il admettre que 0,10 centigrammes de kermès, que 0,05 de musc, aient suffi pour prévenir cette convulsion? J'ai de la peine à le croire.

La question du traitement ne me paraît pas devoir nous arrêter longtemps. La meilleure voie d'administration m'a paru être celle de l'estomac. A plusieurs fois, j'ai essayé de la voie rectale; mais, malgré l'adjonction du laudanum, l'enfant ne gardait pas son lavement, et l'on ne savait plus alors quelle quantité de médicament avait pu être absorbée. Quant à la dose, je n'ai pas cru devoir aller au delà de 0,20 cent. chez un enfant de 17 mois, et ce n'est pas sans un profond étonnement que j'ai lu dans diverses observations que l'on avait donné jusqu'à 0,60 cent. et plus, par 24 heures, à des enfants âgés de quelques mois.

Tel est, Messieurs, le fait que j'ai cru digne de vous être soumis, et sur lequel je serai heureux de connaître vos diverses opinions.

COMMENT IL FAUT ENTENDRE LA DURÉE DE LA GROSSESSE QUAND ON LA COMPTE PAR ÉPOQUES CATAMÉNIALES POUR PRÉDIRE APPROXIMATIVEMENT LE MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr A. Mattei.

Depuis longtemps, on m'a tellement habitué à entendre parler des idées et des travaux qui m'appartiennent, sans citer mon nom, ou à voir dénaturer ces idées pour les combattre, que j'ai fini par laisser passer une foule de revendications que bien d'autres auraient faites à ma place. Ces revendications, cependant, ne sont pas périmées et les dates comme les travaux sont là pour rétablir la vérité quand on voudra la chercher de bonne foi. Je ne m'arrêterai aujourd'hui qu'à la meilleure manière de compter la durée de la grossesse pour prédire l'époque approximative de l'accouchement, sujet que j'avais déjà indiqué

dans mon Essai sur l'accouchement physiologique (1855) et que j'ai développé dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine de Paris (1863).

Une thèse de M. Gaston, soutenue en 1875 devant la Faculté de Paris, et qui, en ce moment, me tombe sous la main, reproduit les conclusions de ce mémoire. Comme cette thèse rapporte le résultat d'observations faites à la Clinique d'accouchements de la Faculté, je vais revenir à la fois sur l'interprétation qu'on y fait de mes idées, et sur la valeur de ma méthode pour prédire l'époque approximative de l'accouchement.

Il y a, dans la connaissance de la durée de la grossesse, la curiosité vulgaire que nous trouvons indiquée dans les livres les plus anciens, et l'intérêt scientifique, que, dès l'époque hippocratique, on a constaté en cherchant à préciser cette durée par jours. Cet intérêt n'a pas diminué d'importance depuis, il s'est même dédoublé, c'est-à-dire qu'on a cherché la durée absolue de la grossesse et la durée moyenne; mais, comme on s'y est pris de diverses manières, c'est le moyen le plus juste à la fois et le plus facile qu'il fallait chercher, c'est ce que j'ai fait.

Je ne veux pas faire ici l'historique des diverses manières de compter la durée de la grossesse qu'on a suivies en Angleterre, en Allemagne, en France ou ailleurs. On peut en trouver précisément une bonne partie indiquée dans la thèse de M. Gaston, mais c'est précisément parce que j'avais trouvé les méthodes proposées peu exactes ou d'une application difficile en pratique, que j'ai tâché de les remplacer.

Si on connaissait le moment de la fécondation, la chose serait facile, quoique coït fécondant et fécondation proprement dite, ou rencontre du sperme et de l'ovule; soient deux faits distincts qui peuvent être séparés par quelques jours d'intervalle; mais le coït fécondant est rarement connu chez la femme; en médecine légale il faut même se méfier d'une pareille indication, pouvant être calculée avec intention. Du reste, les expériences faites sur diverses espèces animales prouvent que dans ces espèces mêmes la gestation n'a pas une durée toujours exactement la même; c'est donc une moyenne dont il faut se contenter, même en connaissant le jour du coït fécondant.

Chez la femme, le coït fécondant, et par conséquent, le jour de la fécondation étant presque toujours inconnus, le point de départ manque de précision et influe sur la manière de compter quand on veut la calculer par jours; c'est donc ailleurs qu'il faut prendre sa base, et quelques observateur sont pris pour point de départ le jour de la cessation des règles. C'est à ce procédé, précisément, qu'on s'est arrêté dans les faits rapportés dans la thèse de M. Gaston; nous allons voir comment on s'y est pris. En attendant, il faut observer que cette manière de compter ne peut pas espérer de préciser la durée absolue, attendu que la fécondation peut avoir lieu dans le cours du temps qui sépare la dernière menstruation de la menstruation qui manque pour la première fois, c'est-à-dire près d'un mois d'intervalle.

Ici s'est placée naturellement l'opinion de ceux qui ont voulu rattacher l'ovulation à la menstruation et décider quel est le jour où l'ovule arrive dans l'utérus, qu'il y ait fécondation ou non. Je suis heureux de voir que l'idée émise par moi dans une lecture faite devant l'Académie des sciences le 14 février 1857 (v. *Moniteur des hôpitaux*, 22 février 1857), cette idée a déjà fait beaucoup de chemin. A cette époque, il était incontestablement admis que l'ovulation, et la menstruation, chez la femme, étaient deux phénomènes concomitants et attachés par des liens de causalité, tandis que d'après mes recherches cliniques, il était démontré que loin d'être mensuelle, l'ovulation, chez la femme, est bien plus rare. Quoique possible en tout temps, elle a ses saisons, elle a ses symptômes, décrits par moi, et tout en causant de loin l'écoulement menstruel, elle est jusqu'à un certain point indépendante de cet écoulement mensuellement. Elle le trouble plutôt au moment de la ponte, quand même il n'y ait pas eu fécondation cette fois-là; ainsi le sang arrive ou plus tôt ou plus tard, il est plus abondant ou l'écoulement s'accompagne de phénomènes plus accentués que d'habitude.

Lors de ma lecture on rit de ces idées, mais petit à petit les faits sont venus me donner raison, c'est-à-dire que plus nous allons et plus on tend à admettre l'indépendance mensuelle entre l'ovulation et la menstruation, et, chose qui n'est malheureu-

sement pas neuve pour moi, mon nom ne figure pas sur ces travaux, pas plus qu'il n'est cité par M. Gaston qui partage aussi l'indépendance en question dans certaines limites.

Il est positif que la ponte et parconséquent que la fécondation peuvent avoir lieu à toutes les époques du mois; de là, l'impossibilité de prendre ce point comme base pour compter les jours que dure la grossesse et prédire celui où arrivera l'accouchement.

Je reviendrai tout à l'heure sur le résultat statistique de la thèse en question, je vais m'arrêter d'abord à la part que l'auteur a faite à mes idées relativement à la durée de la grossesse.

Il a reproduit les conclusions du mémoire que j'ai lu devant l'Académie de médecine le 14 juillet 1863, et à part quelques fautes de typographie ou des mots changés sans mauvaise intention il n'y a pas grand'chose à dire, mais évidemment M. Gaston n'a pas lu mon mémoire en entier, car sans cela il aurait interprété ma pensée d'une manière plus exacte.

Il est pour moi d'observation clinique que pendant la grossesse, la congestion cataméniale de l'utérus persiste quoiqu'il ne sorte presque jamais de sang et que l'expulsion du produit a lieu aux époques cataméniales plus souvent que dans le reste du mois. C'est la neuvième de ces époques, après la fécondation, qui apporte le plus d'accouchements et par conséquent qui indique la durée moyenne de la gestation chez la femme. Pour ne citer de ma clinique obstétricale que ce qui est publié déjà, on peut trouver à la page 527 du troisième volume que des accouchements dits à terme, plus de la moitié arrive exactement dans le cours de la neuvième époque cataméniale, qui a manqué après la fécondation. Voilà pour l'exactitude; mais ce n'est pas tout, cette manière de compter ne demande que quelques secondes de temps pour son emploi et se fait de mémoire, tandis que pour toutes les manières de compter, quelles qu'elles soient, il faut un calcul qu'on fait sur ses doigts, souvent on ne peut le faire sans papier, plume ou crayon, quelquefois même il faut un almanach.

Comme dans ce que je fais je tâche avant tout d'être

pratique, j'ai cherché si la diversité de la menstruation, arrivant tous les 28 ou 30 jours entrait pour beaucoup dans la neuvième époque cataméniale qui apporte l'accouchement, et j'ai reconnu que cette influence pouvait être négligée En comptant tous les mois de trente jours ou par mois solaires on rend le calcul bien plus facile.

Exemple. Une femme a eu ses dernières règles du 1er au 5 avril; si nous devions compter les époques cataméniales qui ont manqué, nous aurions pour la neuvième celle du 1er au 5 janvier suivant, et tout en étant facile, ce compte est encore long. Pour l'abréger et le simplifier, je compte quatre époques cataméniales en arrière en y comprenant la dernière menstruation venue; c'est-à-dire avril, mars, février et janvier (du 1er au 5); donc les cinq premiers jours de ce dernier mois seront l'époque la plus probable de l'accouchement. Quand on s'y fait, on compte ces quatre mois en arrière avec tant de promptitude que les personnes à qui l'on parle ne s'en aperçoivent même pas. Aussi il m'est arrivé bien des fois et presque instantanément, après avoir appris la dernière époque des règles, d'avoir annoncé l'époque probable du prochain ou lointain accouchement à des femmes qui l'ont notée, et quand la prédiction s'est avérée, ces femmes ont cru que j'avais reconnu cela par une sorte d'intuition; heureusement qu'on ne croit plus aux sorciers!!!

Voilà le côté le plus utile de ma manière de compter et que j'aurais voulu voir indiquer dans la thèse de M. Gaston, tandis qu'il n'a pris de mon mémoire et de mes conclusions qu'un chiffre, même mal interprété.

En effet, je dis dans la quatrième conclusion de ce mémoire que d'après mes observations, j'étais autorisé à dire que la durée moyenne de la grossesse chez la femme, placée par les auteurs à 270 ou 280 jours, est trop élévée et que d'après mes recherches elle est plutot d'environ 265 jours.

Ici il n'est plus question d'époques cataméniales, mais des jours qui se passent entre la fécondation proprement dite et l'expulsion du produit à terme, c'est-à-dire qu'en considérant comme vrai que la neuvième époque cataméniale soit le terme

le plus commun de la grossesse chez la femme, il est facile de rétablir le compte auquel je me suis arrêté.

Le premier mois qui a suivi la dernière apparition des règles peut seul varier, les huit mois suivants sont tous de 30 jours, soit 240 jours. Si le premier mois était aussi de 30 jours, la durée exacte de la grossesse serait de 270; or, sans compter les juifs chez qui le coït n'est permis que sept jours après la cessation des règles, il n'est pas fréquent qu'une femme mariée permettre le rapprochement sexuel le lendemain des règles et lorsque les parties sont encore humectées par un écoulement muqueux ou avant qu'elle ait pris un bain de propreté. D'après ma manière de voir, donc, 270 jours sont la limite extrême des accouchements à terme, et si nous reconnaissons, ce qui est vrai, que la fécondation peut se faire dans le cours du mois après la cessation des règles, on verra que le terme de 265 jours auquel je me suis arrêté, en disant *environ*, n'est pas au-dessous de la vérité. Si la règle religieuse des juifs est observée, aucun enfant ne naît chez eux avant 263 jours quand il vient à terme, et je n'ai pas besoin de dire que cette race est encore vigoureuse.

Le chiffre que j'émettais en 1863 je le maintiens jusqu'à preuve contraire, et lorsque M. Gaston ou ceux qui ont pu lui suggérer la chose ont confondu ma manière de compter par époques cataméniales avec la durée moyenne de la grossesse admise par moi, ils ont commis une grave erreur. Comme je viens de le démontrer, le chiffre 265 *environ*, auquel je me suis arrêté indique la durée absolue de la grossesse et non le nombre de jours qui se passent entre la cessation des dernières règles et le jour de l'accouchement, quand même il arrive à la neuvième époque cataméniale.

Voyons maintenant comment a compté M. Gaston pour arriver à d'autres chiffres, plus élevés que le mien.

Je l'ai déjà dit, après avoir écarté tous les autres procédés pour calculer la durée de la grossesse, M. Gaston s'arrête à compter les jours qui se passent entre la cessation des dernières règles et l'accouchement, c'est-à-dire à un compte déjà expérimenté en Angleterre depuis longtemps, compte long à appli-

quer dans la pratique quand on veut prédire le jour de l'accouchement, et qui a donné des écarts considérables entre les faits d'un même observateur, plus encore entre les résultats d'observateurs divers.

Les faits consignés dans la thèse de M. Gaston sont 81 observations, dont il donne le résumé avant d'établir la statistique, et comme il le dit, page 18 et 31, il prend pour base les jours qui se sont écoulés entre la cessation des dernières règles et l'accouchement.

Il a trouvé pour minimum 246 jours, pour maximum 308 jours et pour moyenne de 267 à 273, puisque sur 82 cas il a trouvé 30 accouchements, qui sont arrivés entre ces dernières époques. Conclusion de M. Gaston, c'est que chez la femme, la moyenne de la durée de la grossesse est de 267 à 273 jours et implicitement que je suis au-dessous de la vérité en la mettant à 265 environ.

Je n'ai pas le temps de refaire tous les calculs de ces observations, mais j'ai le droit de dire à M. Gaston que puisqu'il n'a connu que dans très-peu de cas le jour présumé du coït fécondant, dont il ne tient pas compte du reste, il ne peut pas fixer le jour de départ de la gestation. Il ne doit donc pas parler de la durée de la grossesse dans ses calculs, parce qu'il ne pouvait pas la calculer. *Les chiffres 267 à 273 ne donnent que le nombre des jours passés entre la fin des dernières règles et le moment de l'accouchement*, c'est-à-dire une durée toujours supérieure à la durée absolue de la grossesse, à moins que la fécondation ne soit arrivée le jour même de la cessation des règles, ce qui a dû être assurément exceptionnel.

La conclusion que j'ai à mon tour le droit de tirer du travail de M. Gaston, c'est : 1° qu'il n'a pas saisi la portée théorique et surtout l'utilité pratique de ma manière de compter par époques cataméniales pour prédire en quelques secondes l'époque la plus probable de l'accouchement; 2° que, jusqu'à preuve contraire, j'ai encore le droit d'admettre le nombre de 265 jours comme le plus approchant de la moyenne pour la durée *absolue* de la grossesse à terme chez une femme. Il n'est pas question ici par conséquent ni des grossesses hâtives, ni des grossesses prolongées.

Pour terminer je répéterai après bien d'autres, qu'en physiologie comme on médecine, il faut toujours compter pour faire des calculs de probabilité, mais on ne peut jamais espérer d'obtenir l'exactitude des calculs mathématiques.

REVUE CLINIQUE

VERSION SPONTANÉE

Par M. le Dr Cordes (de Genève).

Mme G..., rue..., no 17, âgé de 40 ans, arrivée à la fin de sa sixième grossesse, me fait appeler le 16 avril 1876, se croyant près d'accoucher. Cette femme, épuisée par un travail fatigant et par la pauvreté, est extrêmement maigre et affaiblie ; elle a eu cinq grossesses, arrivées au terme normal, et terminées par la naissance d'enfants vivants; un seul a survécu, c'est une fille que j'ai reçue le 5 juin 1873.

La faiblesse des contractions, rendues fort douloureuses par un rhumatisme utérin et l'existence d'une éventration assez accusée, ne permettant pas à l'utérus de porter son effort dans l'axe du détroit supérieur, j'ai dû appliquer le forceps. Hémorrhagie *post partum*, arrêtée par l'ergot. L'accouchement précédent, trois ans environ auparavant, avait été gémellaire. L'un des fœtus était venu par le siége, l'autre présentait la tête.

Un des accouchements antérieurs s'était fait par le siége, et avait nécessité, dit Mme G..., la présence constante du médecin auprès d'elle, pendant trois jours et trois nuits. Les autres couches n'ont rien présenté de notable.

Etat actuel. — Mme G... me paraît arrivée au terme actuel de sa grossesse : les dernières règles ont paru le 1er juillet 1875; la gestation n'a rien présenté de particulier, sauf des douleurs lombaires et hypogastiques, fort pénibles, causées sans doute par un retour du rhumatisme utérin, et une bronchite intense. Parois abdominales extrêmement minces, rendant le palper très-facile. La palpation me fait reconnaître l'occiput, tourné à droite et en avant, et le rachis qui regarde à droite. Je sens même très-nettement un corps cylindrique, qui fuit quand on le presse, et qui me paraît être le bras droit situé plus en avant que la tête. Battements de cœur fœtal très-perceptibles, à droite, à peu près à la hauteur de l'ombilic. L'éventration est à peu près aussi accusée que lors de la couche précédente. Le

col est à peu près effacé, les bords en sont encore épais, mais dilatables, l'orifice admet la pulpe du doigt; il est situé fort en haut et en arrière. Contractions fréquentes, douloureuses, mais sans force. Mme G... n'a perdu ni eaux, ni sang; le doigt revient sans rapporter aucune « glaire. »

Je préviens le mari que le fœtus présente le siége, et que « s'il ne fait pas la culbute, » il se peut que je ne l'aie pas vivant. Je pensais alors à la possibilité du cas rapporté par Velpeau (*Accouchements*, t. II, p. 258). Les douleurs ne faisant pas de progrès, je me retire, sans rien faire, comptant essayer la version céphalique par manœuvres externes, quand les contractions seront assez fortes pour maintenir la tête fixée sur le détroit supérieur.

Les jours suivants, tout reste dans le même état; la partie qui se présente continue à n'être pas accessible au doigt; les battements du cœur fœtal sont toujours forts et réguliers. La parturiente prétend avoir perdu de l'eau ; examen fait de la perte, c'est de l'urine, expulsée par la pression du siége fœtal sur la vessie. Quelques tentatives, faites pour abaisser la tête et l'amener au détroit supérieur, ayant provoqué de vives douleurs, malgré mes ménagements, j'y renonce, et je me résous à assister à un accouchement par le siége.

Le 23, 7 h. du soir. Dilatation large comme une pièce de 50 centimes.

10 h. 1/2. Le col s'ouvre davantage, son diamètre est celui d'une pièce de 2 francs. La poche des eaux s'y engage. Toujours aucune partie accessible.

Le 24, 9 h. du matin. Je sens, à travers les membranes, une tubérosité, située en arrière, puis un vide plus en avant. C'est la tubérosité ischiatique gauche.

11 h. 1/4. Le col est plus élevé que précédemment, aucune partie fœtale n'est accessible.

3 h. De même. Cœur fœtal à droite.

5 h. 1/4. Col très-élevé, accessible cependant; je sens la tête, occiput en avant et à droite.

8 h. 1/4. Les douleurs se rapprochant et faisant bomber la poche, je crève les membranes ; issue de liquide abondant. Tout se passe normalement, et à 10 heures du soir, Mme G... est mère d'un garçon. Suites de couches normales.

Réflexions. Quoique n'ayant pas suivi le mouvement d'évolution intra-utérine, qui a dû se passer dans la journée du 24, entre 3 et 5 heures probablement, j'ai la conviction que je n'ai pas pu prendre le siége pour la tête, à travers des parois abdominales assez minces pour m'avoir permis, après l'accouchement,

de sentir parfaitement la trompe gauche, l'utérus ayant subi un mouvement de torsion sur son axe qui amenait en avant son bord gauche. Je ne puis pas non plus m'être mépris dans l'interprétation de la saillie que j'ai sentie le 24 avril, à 9 heures du matin. C'était bien la tubérosité ischiatique gauche. J'ai donc eu affaire à une version spontanée, telle que celles décrites par Pézerat (*Journ. compl.*, t. XXXIX, p. 305), par Fichet de Flichy (*Observ. médico-chir.*), par Monteggia (*Traduzione de l'Arte obst. di Stein*), etc., mais plus complète, puisque, dans mon cas, à une présentation du siége a succédé une présentation de la tête, tandis que dans les cas cités, la tête ou le siége a remplacé l'épaule ou le dos.

Mon observation a plus d'anologie avec celle que rappelle le Dr Murphy (*Dublin quarterly Journal of med. Science*, 1863), dans laquelle le siége vint remplacer la tête.

Depuis Denman, le premier, je crois, qui ait observé la *version* spontanée, et qui l'a bien distinguée de l'*évolution* spontanée (*Introduction to Midwifery*, 1805), un grand nombre d'accoucheurs en ont raconté des exemples. Je citerai seulement Wigand, Hagen, les deux Siebold, Saccombe, Ficker, W. Schmitt, Sachtleben, Wiedemann et Vogler.

En obstétrique, savoir attendre est souvent plus difficile que de savoir comment intervenir, et que d'avoir la dextérité nécessaire pour agir. Dans le cas que je viens de rapporter, l'événement l'a prouvé ; toute intervention aurait été intempestive, nuisible peut-être, car la nature se venge souvent, en leur créant des difficultés imprévues, des accoucheurs qui veulent à tout prix « faire quelque chose. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussion sur le souffle puerpéral. Le récent mémoire de M. Glénard (*Etude physiologique sur la paroi abdominale et le souffle maternel*

des femmes enceintes) a fourni à M. Bouillaud l'occasion de revenir sur cette importante question. L'éminent académicien est, comme on le sait, le défenseur de la théorie qui considère le bruit de soufflet dit placentaire comme identique avec le bruit de soufflet des grosses artères, théorie déjà bien ancienne, puisqu'elle se trouve exposée dans la seconde édition du Traité de l'auscultation médiate de Laënnec, qui date de 1826.

Dans son travail lu à la séance du 6 juin, M. Bouillaud présente d'abord une étude approfondie des bruits des artères et du cœur en dehors de la grossesse, tant à l'état normal qu'à l'état anormal. Les bruits normaux, qu'on entend du reste assez difficilement à l'auscultation, sont dus soit au jeu des artères elles-mêmes, soit au frottement de l'ondée sanguine contre les parois artérielles. Les premiers coïncident avec la diastole et la systole artérielle et sont, comme elles, séparées par des repos ou des silences. Ces bruits sont donc doubles et dicrotes comme le pouls artériel et sont produits par les vibrations de l'artère pendant la secousse brusque et alternative que lui impriment la systole et la diastole. La seconde variété de bruit est due au frottement de l'ondée sanguine qui circule dans les tubes artériels sous l'impulsion de la systole du cœur ou des artères, mais il n'est vraiment appréciable que lorsqu'il existe des conditions capables d'augmenter l'intensité du frottement.

Les bruits anormaux, si nombreux et si variés qu'on peut entendre dans les artères : bruits de soufflet, de mugissement, de sifflement, de diable, de piaulement, etc., peuvent prendre les caractères les plus divers, suivant le degré de compression exercé par le stéthoscope sur l'artère; quelquefois même, il suffit, pour les modifier, d'un simple changement dans les rapports de l'artère avec les parties voisines. Mais il est à remarquer qu'on n'observe nettement ces phénomènes que sur des artères d'un certain volume.

Ces bruits anormaux se reproduisent à peu près avec les mêmes caractères dans les tubes inertes comme des tuyaux d'arrosage comprimés convenablement. M. Bouillaud les a obtenus sur des cadavres en injectant de l'eau dans les artères et en les comprimant avec le stéthoscope. Ce sont là, nous dit-il, des phénomènes purement mécaniques et qui ne sauraient être attribués à une anomalie de l'influx nerveux, à un spasme des artères, comme l'avait fait Laënnec. L'observation clinique et l'expérimentation ont ensuite démontré qu'en dehors de ces conditions purement mécaniques, ces bruits normaux se produisaient dans certains cas d'altération du sang.

Après avoir donné ces quelques développements indispensables pour bien saisir le mécanisme du bruit de souffle dans l'état puerpéral, M. Bouillaud passe successivement en revue les principales

théories émises sur la nature et le mode de production de ces bruits. Elles sont au nombre de quatre.

1° *Théorie placentaire.* — M. Lonjumeau de Kergaradec qui signala le premier, en 1822, la présence du souffle puerpéral, lui donna le nom de *battement avec souffle* ou *bruit placentaire*, parce que, d'après lui, il avait son siége dans le placenta, au point d'insertion de cet organe avec la matrice. Cette doctrine, qui n'est basée sur aucun fait d'expérience, n'est pas acceptable pour plusieurs raisons : d'abord le bruit persiste après la délivrance et ne cesse pas après la section du cordon ombilical, comme l'avait affirmé Olliory; en outre, l'artère ombilicale ne fournit aucune branche importante spécialement destinée à la nutrition placentaire; enfin les pulsations de l'artère ombilicale sont isochrones à celles du cœur du fœtus, tandis que les pulsations avec souffle sont isochrones au pouls et aux battements du cœur de la mère.

2° *Théorie utérine.* — Dans un rapport sur l'auscultation obstétricale lu à l'Académie en 1831, Paul Dubois émit l'opinion que les *battements avec souffle* n'ont pas leur siége dans le placenta, mais dans l'appareil vasculaire de l'utérus et que, s'ils sont généralement plus forts vers les points correspondant à l'insertion du placenta, c'est parce que le tissu de l'utérus y est plus développé. D'après cet auteur, le *souffle* utérin est tout à fait analogue au bruit de soufflet produit dans la varice anévrysmale, et il est déterminé par les mêmes causes, c'est-à-dire par le passage direct du sang artériel dans le système veineux et par le mélange de colonnes liquides qui, au moment de leur rencontre, n'ont dans leur marche ni la même rapidité ni la même direction. M. Bouillaud repousse cette théorie et pense qu'il est impossible que les différentes colonnes liquides qui traversent les sinus utérins puissent produire un souffle aussi intense que le souffle puerpéral. M. Depaul est, comme on le sait, un des défenseurs de cette théorie, et il place le bruit de souffle dans les artères utérines elles-mêmes.

3° *Théorie de la compression des artères intra-pelviennes.* — C'est celle de M. Bouillaud. « Je fus frappé, nous dit-il, de l'exacte ressemblance du bruit du soufflet appelé placentaire avec le bruit du soufflet proprement dit des grosses artères, tel qu'il existe dans certaines maladies ou tel qu'il m'était si souvent arrivé de le produire expérimentalement en comprimant convenablement avec le stéthoscope les artères de cette espèce accessibles à cet instrument. Je n'hésitai donc pas à prononcer que le bruit de soufflet des femmes en couche avait réellement son siége dans les artères; mais au lieu de le localiser soit dans les artères utérines, soit dans la branche principale de l'artère qui sert à la nutrition du placenta, je lui assignai pour siége les gros

troncs artériels sur lesquels pèsent, pour ainsi dire, l'utérus et le produit de la conception, de telle sorte que ce bruit s'opérerait, dans ce cas, à l'instar de celui qui a lieu quand on comprime une grosse artère extérieure, la crurale par exemple. »

4° *Théorie épigastrique.* — L'expérience fondamentale de cette théorie est celle-ci : La compression d'un cordon vasculaire pulsatile que la palpation permet de reconnaître en des points correspondant exactement au trajet de la première partie de l'artère épigastrique fait instantanément et totalement disparaître, dans toute la région, le bruit de souffle maternel, quels que soient le rhythme, l'intensité, ou le timbre de ce souffle, quelle que soit la distance qui sépare le point de la compression du foyer stéthoscopique observé : le souffle reparaît aussitôt qu'on cesse la compression. Telle est l'expérience qui a permis à M. Glénard de conclure que l'artère épigastrique est le siége exclusif du souffle de la grossesse.

M. Bouillaud ne saurait se contenter de cette démonstration. Il pense que l'artère épigastrique n'a aucune des conditions nécessaires pour la production d'un bruit de souffle identique au souffle puerpéral. Elle peut sans doute, comme toutes les artères, être le siége d'un bruit de souffle si elle est convenablement comprimée, mais elle ne peut donner lieu à un bruit de la force et de la grosseur du bruit puerpéral. Nous verrons plus loin que, non-seulement la théorie épigastrique n'est pas appuyée par l'expérimentation, mais encore que cette conception ne saurait être attribuée à M. Glénard, puisqu'elle avait déjà été proposée en Allemagne, par Kiwisch, il y a plus de vingt ans.

En résumé, M. Bouillaud conclut que le bruit de souffle puerpéral a pour siége les artères intra-pelviennes et n'était autre chose qu'une espèce *locale* de bruit de souffle des grosses artères. Il appuie sa conclusion sur les faits suivants : 1° Son maximum d'intensité siége dans les régions de l'abdomen correspondantes à celles des artères indiquées sur laquelle s'appuie l'utérus gravide ; 2° Ce souffle disparaît aussitôt que l'utérus est revenu à son volume normal ; 3° Sous le rapport de sa grosseur, ce souffle ne peut se passer dans aucune des artères de la cavité abdominale autre que les artères iliaques primitives internes et externes; 4° Un souffle semblable est produit par les tumeurs de la cavité abdominale capable d'exercer sur les artères la même compression que l'utérus.

Cette intéressante discussion a été reprise à l'Académie, dans sa séance du 27 juin, par M. Depaul. Dans cet intervalle, M. Glénard était venu à Paris et avait renouvelé à la clinique d'accouchements, en présence de M. Bouillaud et de plusieurs membres de l'Académie, les expériences qui devaient servir de base à la théorie épigastrique, mais le médecin lyonnais n'a pas été heureux et, quoiqu'il ait

annoncé dans son mémoire que l'expérience réussissait toujours, il n'a pu, dans aucun cas, faire cesser le souffle puerpéral en comprimant l'artère épigastrique.

Kiwisch, qui doit être considéré comme le véritable auteur de la théorie épigastrique, avait invoqué les mêmes arguments que M. Glénard : « Ce qu'il y a de plus important pour la démonstration du siége de bruit, disait-il, c'est que la *compression du tronc de l'artère épigastrique* dans la région inguinale le faisait cesser immédiatement dans toute la moitié correspondante de l'abdomen. »

M. Depaul, qui admet que la cessation du bruit de souffle puisse quelquefois succéder à la compression de la paroi abdominale, n'attribue pas ce résultat à la compression de l'épigastrique. Il pense que la cessation de ce bruit est due, dans ce cas, à la double compression de l'utérus ; celle des doigts, d'une part, et celle opérée par le stéthoscope à une certaine distance.

Pour qu'un souffle se produise dans une artère, nous dit encore M. Depaul, il faut, entre autres conditions, qu'elle soit d'un diamètre suffisant, sans cela, ou bien le bruit n'aura pas lieu, ou il sera très-faible et ne pourra être comparé à celui de la grossesse qui est fort vibrant et assez fort pour faire supposer qu'il se passe dans un vaisseau d'un certain volume. Il faut encore ajouter que, si le bruit puerpéral avait réellement son siége dans l'épigastrique, on devrait l'entendre uniquement sur le trajet de cette artère. Mais il n'en est rien et on peut percevoir ce bruit sur un point opposé ou sur trois ou quatre points à la fois. La théorie de Kiwisch, qui ne repose ni sur l'anatomie, ni sur l'expérimentation, doit donc être repoussée.

Dans une nouvelle lettre adressée à M. Depaul, M. Glénard reconnaît qu'il s'est trompé. Le médecin lyonnais a fait de nouvelles recherches et déclare aujourd'hui que le souffle puerpéral n'a pas son siége dans l'artère épigastrique mais dans le voisinage, dans une grosse anastomose située en arrière. Cette artère, qu'il a déjà baptisée sous le nom de *puerpérale*, serait presque aussi grosse que la crurale et établirait une communication entre les deux artères de la matrice, l'ovarique et l'utérine. Mais M. Glénard a été si malheureux dans ses premières expériences qu'on peut, dès aujourd'hui, prévoir l'insuccès de cette nouvelle explication.

M. Depaul signale, en terminant, un travail du Dr Grapin (de Lausanne), qui vient à l'appui de sa théorie et qui tend à démontrer que le souffle utérin est produit dans les troncs principaux et les premières ramifications des artères utérines. On sait qu'en introduisant le doigt dans le vagin, on sent très-souvent, au niveau du col, des battements artériels. M. Grapin constata qu'en comprimant le col de dehors en dedans, on faisait disparaître le bruit de souffle perçu à l'auscultation.

Telle est, en résumé, la longue discussion qui a occupé deux séances de l'Académie et qui n'est pas encore terminée. La théorie épigastique ayant été éliminée, il ne reste plus en présence que deux théories : la théorie iliaque, si habilement soutenue par M. Bouillaud, et la théorie utérine, dont M. Depaul s'est constitué le défenseur.

(*Bulletin de l'Académie*, séances des 6 et 27 juin.)

Dr Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Du traitement des kystes de l'ovaire, par le drainage abdomino-vaginal,

par M. Delore.

Le drainage appliqué aux kystes de l'ovaire n'a jamais joui d'une grande faveur. Cependant Kiwisch, après Ollen, s'en est fait l'avocat; il ponctionnait le kyste, plaçait un drain et faisait deux injections chaque jour avec de l'eau tiède. Scanzoni et Wells ont adopté ce procédé, qui a été suivi également par M. Boinet et M. Dolbeau. M. Chassaignac, qui l'avait accepté tout d'abord, a déclaré à la Société de chirurgie, dans la séance du 27 novembre 1861, qu'il a abandonné le drainage des kystes de l'ovaire et conseille aux chirurgiens de ne pas l'appliquer.

Malgré la défaveur dans laquelle est tombée cette opération, je ne crois pas qu'elle doive être abandonnée définitivement. Il serait, en effet, d'une grande importance d'avoir un moyen opératoire moins grave que l'ovariotomie et en même temps d'une exécution plus facile.

Le drainage a dû se présenter dès l'abord comme remplissant ces conditions essentielles, mais il n'a pas rempli les espérances qu'on avait fondées sur lui et il a été abandonné. En recherchant la raison de ces insuccès, je pense qu'on peut les attribuer à deux causes principales, la péritonite et la putridité dans la cavité kystique.

La péritonite provient de l'ouverture du péritoine et de l'introduction dans sa cavité des matières irritantes, soit liquides soit gazeuses, provenant du kyste ou de l'extérieur. Pour éviter cet accident, le moyen le plus sûr est de déterminer des adhérences par la cautérisation et de ne pratiquer l'ouverture qu'au moment où on les suppose suffisamment établies. Je reviendrai tout à l'heure sur le *modus faciendi* qui me semble préférable.

Le second accident à redouter est la putridité dans la cavité du kyste. Il est d'autant plus imminent que cette cavité est plus étendue

et plus anfractueuse. Quand on a vu un certain nombre de grands kystes traités par la ponction et le lavage, on reste frappé de l'odeur infecte qui s'exhale avec persistance de leur intérieur et l'on comprend aisément la rapidité de la septicémie qui en est la conséquence. Il faut donc, pour être certain de prévenir la putridité, avoir à sa disposition une irrigation puissante. Avec une ouverture pratiquée à la paroi abdominale, fût-elle même double, comme la faisait M. Barth, on ne peut entraîner tout le pus altéré qui séjourne dans les parties profondes ; quelle que soit la force de l'injection, le lavage est incomplet et les ferments putrides se reproduisent avec activité. Un si petit nombre de succès a été obtenu par ce procédé, qu'il est généralement abandonné, comme je l'ai dit tout à l'heure. En parcourant attentivement les observations des cas de mort par cette méthode, on voit que la plupart ont été occasionnés par l'empoisonnement septicémique qui, quelquefois, a passé inaperçu.

Le drainage par la voie vaginale est passible d'une partie des objections que je viens de faire à la ponction abdominale. L'ouverture est assurément dans une position plus déclive, mais le lavage à grande eau est plus difficile. On s'affranchit des inconvénients que je viens de signaler, en unissant la ponction abdominale et la ponction vaginale, et en faisant passer un drain par la double ouverture. Cette ponction double avait déjà été pratiquée en 1839, par Récamier. La malade avait succombé le 21e jour. C'est cette opération que je propose, en y joignant la cautérisation. Après avoir parlé des indications, du procédé opératoire, je citerai une observation de succès complet.

Indications du drainage. — Il doit être réservé pour les kystes uniloculaires, ou tout au plus pour un kyste biloculaire qu'on serait certain de drainer exactement.

Si le liquide est limpide, on a plus de chance de guérison ; cependans un contenu gélatiniforme n'est pas une contre-indication formelle. Dans ce cas, on ne réussit pas avec l'injection iodée, mais avec une double ouverture il est toujours possible de détruire l'épithélium de la cavité, qui est le principal obstacle à la rétraction cicatricielle, en introduisant des liquides irritants et même des substances caustiques.

Le drainage me paraît préférable à l'ovariotomie quand on soupçonne des adhérences ou qu'on a la certitude de leur existence. Ces adhérences ne peuvent, dans aucun cas, empêcher la rétraction cicatricielle du kyste qui, grâce à la mobilité des organes abdominaux, peut se faire dans toutes les directions. On peut encore le préférer, lorsqu'un déplacement accentué de l'utérus fait soupçonner l'absence de pédicule.

Mais, pour le pratiquer sans imprudence, il faut de toute nécessité

que le kyste fasse saillie du côté du cul-de-sac postérieur. Si le trocart a une grande distance à parcourir, on s'expose à des accidents. Une ponction abdominale préalable permettra d'étudier les rapports du kyste avec le cul-de-sac de Douglas, en combinant cette exploration avec le toucher vaginal.

L'existence de tumeurs fibreuses dans les parois kystiques me semble aussi une contre-indication.

Voici de quelle façon cette opération doit être pratiquée :

On s'est assuré d'abord, par une ponction préalable, de l'existence d'une seule poche kystique et de la possibilité de pratiquer une ouverture vaginale. Ces deux conditions préalables étant remplies, il faut faire la double cautérisation des parois. On y parvient par les procédés connus, au moyen de la potasse, de la poudre de Vienne et du chlorure de zinc.

Pour la cautérisation vaginale, le meilleur moyen est d'employer le procédé de Bonnet tel qu'il a été décrit dans la thèse de M. Boudet. On sait que Bonnet, pour remédier au prolapsus, cherchait à détruire toute l'épaisseur du cul-de-sac postérieur, la paroi péritonéale comprise, et il n'avait pas d'accidents. On peut donc sans crainte attaquer énergiquement le cul-de-sac postérieur, surtout si la tumeur y fait saillie. La difficulté consiste principalement à faire marcher simultanément les deux cautérisations, de telle sorte que l'ouverture du kyste coïncide à l'abdomen et dans le vagin. On doit, si une des deux eschares est complète, continuer activement la cautérisation de l'autre avant la ponction.

La cautérisation étant achevée, on perfore le milieu de l'eschare abdominale avec le grand trocart courbe de Chassaignac ; on vide une partie du contenu liquide ; puis on perfore l'eschare vaginale, après s'être assuré avec le doigt que cette perforation s'exécute bien au centre de la partie cautérisée. Le trocart sert ensuite à introduire un long stylet d'argent, aiguillé, qui lui-même entraîne un fil attaché à un drain.

Voici maintenant l'observation de la malade chez laquelle ce procédé a été employé avec succès :

Madame B..., âgée de 40 ans, d'une santé moyenne, a eu un accouchement il y a sept ans ; son enfant est bien portant, pas de fausses couches ; menstruation toujours régulière ; les règles apparaissent vers le 2 de chaque mois. Le début de la maladie remonte à la fin de 1870 ; depuis cette époque le ventre a toujours grossi progressivement.

Examen le 25 avril 1873. L'abdomen est uniformément distendu par une tumeur fluctuante qui remonte jusqu'à l'épigastre ; les anses intestinales sont refoulées latéralement, surtout à droite où elles

sont accumulées, tandis que la tumeur fait une saillie plus prononcée à gauche.

Au fond du vagin, on perçoit une tumeur volumineuse, arrondie, qui en occupe tout le fond ; vers son milieu, elle présente un bourrelet circulaire, un peu dur, qui a été considéré par un médecin comme le col de l'utérus, mais qui n'est autre chose que l'épaississement du vagin, formé par la pression de la tumeur.

Quant au col, il est refoulé en haut et en avant, et appliqué directement derrière la symphyse pubienne, un peu à droite. On reconnaît également à l'hypogastre, au-dessus du pubis droit, l'utérus qui a été soulevé par la tumeur. En plaçant le doigt au fond du vagin et en percutant la paroi abdominale, on perçoit distinctement la fluctuation.

Le diagnostic posé est : kyste de l'ovaire droit.

Une première ponction vaginale est faite, le 26 avril, au moyen de l'aspirateur Potain ; elle donne issue à 10 litres d'un liquide jaune clair très-limpide, renfermant de l'albumine. L'utérus reprend sa situation normale. Il n'y eut aucun accident à la suite de cette opération, mais le liquide se reproduisit progressivement et le 12 mai la tumeur avait repris à peu près son volume primitif. L'utérus avait été soulevé de nouveau.

Je formai alors le projet de traiter ce kyste par le drainage, après avoir fait une double ponction. Voici de quelle manière je procédai à cette opération :

Le 12 juin, quelques jours après les règles, j'appliquai deux pastilles de potasse caustique sur le côté gauche de l'abdomen, au lieu d'élection des ponctions ; pendant dix-huit jours je continuai sans relâche la cautérisation au moyen du chlorure de zinc.

Le 24 juin, application de poudre de Vienne, suivie de l'application d'une rondelle de Canquoin, avec le porte-caustique Bourret, au fond du vagin, sur le point le plus saillant de la tumeur. L'appareil est laissé en place dix-huit heures.

2 juillet, c'est-à-dire le vingtième jour après le début de la cautérisation, au moyen du long trocart courbe de Chassaignac, je ponctionne l'abdomen au fond de l'entonnoir fait par la cautérisation et je fais ressortir la pointe au milieu de l'eschare du vagin. Ce trocart me permet d'introduire un drain. Issue d'un liquide verdâtre et bilieux.

Le soir, la malade eut quelques symptômes de péritonite, des vomissements, de la douleur et un pouls petit et serré. Ces accidents disparurent au bout de quatre ou cinq jours.

Le 5 juillet, dysentérie, épreintes, ténesme.

Le 12 juillet, chute de l'eschare abdominale, irrigation à grande eau suivie d'une injection de vin aromatique au moyen du drain. De-

puis ce moment, les irrigations furent faites régulièrement deux fois par jour.

15 juillet, les forces et l'appétit reviennent, la malade placée à Lyon dans une maison de santé peut descendre au jardin.

20 juillet, retour des règles.

Les jours suivants la suppuration diminue progressivement; on pratique successivement des irrigations avec une solution de tannin et de l'eau alcoolisée.

1er août, la malade part pour Charbonnières où elle prend des bains fréquents et fait des irrigations abondantes.

15 août, on enlève le drain. L'ouverture vaginale se ferme immédiatement.

16 septembre, la suppuration par la fistule abdominale, qui avait cessé pendant quatre ou cinq jours, a reparu sous l'influence de la fatigue occasionnée par une marche prolongée; environ deux cuillerées à café de pus s'écoulent chaque jour. Madame B... part pour Dôle, où elle reprend toutes ses occupations.

15 mars, madame B... revient à Lyon, la fistule donne encore issue à quelques gouttes de pus. Dilatation de l'orifice, injections de nitrate d'argent. Un stylet est introduit à 8 centimètres de profondeur.

15 avril, madame B... est complètement guérie.

Juillet 1875, la guérison s'est maintenue. L'opérée a engraissé; la santé n'a jamais été aussi florissante.

J'apprends, en mars 1876, que l'état général est excellent et que toutes les fonctions s'exécutent régulièrement.

En présence d'un cas semblable, on devrait préférer, je crois, le drainage à l'ovariotomie qui m'a paru contre-indiquée, soit à cause de l'absence probable du pédicule dénotée par l'élévation de l'utérus, qu'on devait redouter, soit à cause des adhérences dans le cul-de-sac postérieur.

La limpidité du liquide, l'absence de tumeurs solides pouvaient plaider en faveur de l'injection iodée, mais la possibilité d'atteindre la paroi kystique par le vagin m'a fait préférer la double ponction. Avec le procédé que j'ai appliqué, il eût été possible d'employer des caustiques énergiques pour détruire la paroi, si elle avait résisté à la cicatrisation.

J'ai eu, il est vrai, quelques accidents de péritonite au moment de la ponction; mais je les attribue à ce que la cautérisation vaginale avait été incomplète. J'ai pensé que le liquide du kyste s'était infiltré dans la cavité péritonéale, aux alentours de l'ouverture vaginale, car les douleurs ont été surtout localisées dans cette région. Pour prévenir cet accident, il eût suffi de laisser en place, quelques heures de plus, le canquoin qui était parfaitement toléré.

Aucune méthode de drainage ne permet une irrigation aussi facile

que celle que j'ai employée chez madame B... Deux ou trois fois par jour on faisait passer, sans souffrance et sans dérangement, de 10 à 20 litres d'eau et même davantage, pendant le séjour à Charbonnières.

Grâce à cette désinfection, sa santé s'améliora rapidement; son teint altéré prit de la fraîcheur, et elle marcha progressivement vers la guérison.

Discussion.

M. Terrier. Malgré le succès obtenu par M. Delore, je ne serais pas tenté de suivre son exemple. Son procédé opératoire, facile quand il s'applique à la paroi abdominale, devient beaucoup plus difficile alors qu'on veut traverser le cul-de-sac vaginal. De plus, il n'est pas sans danger; je n'en veux d'autre preuve que la péritonite survenue probablement parce que la paroi du kyste n'était pas en contact immédiat avec la paroi vaginale et qu'il s'était accumulé du liquide dans l'intervalle.

Je ne saisis pas, non plus, bien clairement les indications de cette méthode opératoire. M. Delore nous dit qu'elle s'applique aux kystes inoculaires ou biloculaires. Mais est-on bien sûr de son diagnostic, et ne savons-nous pas avec quelle facilité d'autres kystes, surajoutés aux poches principales, nous échappent malgré l'exploration la plus attentive? J'admets que l'on ait réellement affaire à un kyste uniloculaire. Ce kyste sera-t-il dépourvu de pédicule, ainsi que l'avance M. Delore? Pour ma part, tous les kystes que j'ai vus avaient un pédicule, et je ne comprends guère qu'il en puisse être autrement. D'un autre côté, ce mode de traitement n'est applicable que si la paroi du kyste peut revenir sur elle-même pour combler la cavité. S'il existe des adhérences avec un organe mobile, tel que l'intestin, on conçoit que le retrait du kyste puisse s'effectuer; mais si le kyste est fixé à la paroi abdominale, ce retrait ne sera plus possible et l'on aura des fistules interminables. Or, j'affirme que nous ne possédons, jusqu'à présent, aucun moyen de diagnostiquer l'existence ou la non-existence d'adhérences. Enfin, lorsque l'on a affaire à des kystes contenant un liquide gélatiniforme, on peut affirmer que ces kystes sont multiloculaires. Pourtant, dans beaucoup de cas, les poches secondaires donnent une sensation identique à celle que produisent les fibromes, et le chirurgien est incapable de savoir s'il s'agit là de tumeurs solides ou liquides.

M. Després. Je demanderai d'abord à M. Delore s'il a revu sa malade récemment et s'il est bien certain qu'elle soit absolument guérie. En second lieu, pourquoi notre collègue n'a-t-il pas préféré employer la canule à demeure, excellent moyen que j'ai, pour mon compte, employé trois fois, et qui présente au moins l'avantage de

ne jamais mettre en danger l'existence des malades? D'ailleurs, le séton a déjà été jugé à l'Académie de médecine, et d'une manière défavorable, car MM. Ricord et Huguier l'ont déclaré inapplicable comme méthode.

Je répondrai à notre collègue M. Terrier, que les adhérences multiples n'empêchent pas le retrait du kyste sur lui-même, mais je reconnais que cela demande quelquefois un temps long.

Je saisis cette occasion pour compléter une observation d'une malade citée par M. Péan, à l'Académie de médecine, séance du 21 novembre 1871, et qui a déjà été présentée plusieurs fois sous des couleurs différentes; c'était un cas remarquable de kyste uniloculaire de l'ovaire compliqué d'adhérences multiples que j'avais soupçonnées.

L'observation a été publiée trois fois, une fois dans la *Gazette des hôpitaux*, sans nom d'auteur, et deux fois dans des *thèses inaugurales*.

Voici la première rédaction, celle du journal; j'extrais les passages caractéristiques :

« L'opérateur (M. Péan) prit le soin de faire communiquer toutes les poches... la malade était revenue à la santé au bout de quelques semaines... aujourd'hui un tout petit tube long tout au plus de 4 centimètres plonge au milieu du kyste atrophié, dans le point qui correspondait sans doute au pédicule de la tumeur... C'est à peine s'il reste autour de lui quelques bourgeons charnus, que l'on a soin de réprimer lorsqu'il y a lieu, à l'aide du crayon de nitrate d'argent. » Il était écrit plus haut que les ruptures du kyste, dont je parlerai tout à l'heure, étaient considérées comme les ruptures de quelques-unes des loges du kyste. La malade était considérée comme guérie. (*Gaz. des hôp.*, 1871, p. 566.)

Voici le titre de l'observation tel qu'il est dans l'une des deux thèses qui reproduit la première :

Kyste uniloculaire rompu trois fois dans la cavité abdominale ; adhérences généralisées impossibles à détacher ; conservation d'une partie du sac ; traitement par suppuration. Guérison.

(Résumé de la thèse de Gros Fillay, p. 53.)

De quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie.

(Urdy, thèse, Paris 1874, p. 31.)

Voici l'histoire plus complète de la malade, et son intérêt lui mérite une place dans nos *Bulletins* :

A l'âge de 20 ans, elle avait constaté l'existence d'une tumeur dans l'abdomen ; de 1850, époque à laquelle apparut cette tumeur, jusqu'en

1863, madame C... prit les conseils de MM. Spencer Wells, Kœberlé et Nélaton, qui croyaient à un kyste de l'ovaire inopérable, puis elle vit Demarquay et Richard qui pensaient à une tumeur fibreuse de l'utérus. Enfin M. Boinet, qui avait été consulté, ne se prononçait ni pour ni contre l'opération. Lorsque la malade vint me consulter, je reconnus un kyste à deux bosselures, assez volumineux, manifestement fluctuant, et dont les deux loges communiquaient; je songeai de suite à un kyste uniloculaire compliqué d'adhérences. Mais comme le ventre n'était pas très-gros, et qu'il n'avait pas un volume supérieur à celui du ventre d'une femme enceinte de 7 mois, je prescrivis la temporisation et repoussai toute idée de ponction et d'injection iodée. Je fis patienter ainsi la malade pendant dix-huit mois.

En octobre 1867, le kyste se rompit dans l'abdomen, à la suite d'une course à pied. La malade ne présenta aucun signe de péritonite et le liquide se résorba entièrement, il ne restait pas traces de tumeur dans l'abdomen. Cette rupture me confirma dans la pensée que le kyste était adhérent. En 1869, le kyste se rompit de nouveau ; mais au moment où il se rompit, il avait un volume moindre qu'au moment de la première rupture; pas de péritonite, une semaine de lit rétablit complètement la malade. En janvier 1870, nouvelle rupture, le kyste était encore moins gros qu'auparavant au moment de cet accident. Cette fois la malade garda à peine le lit. J'encourageai la malade à patienter encore, car son kyste pouvait disparaître après des ruptures successives. Mais en 1870 des amis lui conseillèrent d'avoir recours à l'ovariotomie. Je m'opposai formellement à cette opération et je conduisis la malade à Nélaton, qui, moins net que la première fois, dit : « On pourrait voir. » La malade se fit opérer le 1er juin 1870, dans une maison de santé à Levallois-Perret.

L'opération, nous a dit la malade, ne lui enleva point de tumeur. Quelques lambeaux d'enveloppe furent excisés, mais les adhérences du kyste aux parties profondes étaient telles, que l'extirpation a été déclarée partielle par M. Péan qui opérait. Une suture de la paroi du kyste à la paroi abdominale a été pratiquée et un traitement prolongé a été employé pour faire suppurer le kyste.

Le kyste est revenu sur lui-même malgré les adhérences constatées, et la profondeur de la fistule résultant de l'opération avait une étendue de 12 centimètres au moins. Les cautérisations au nitrate d'argent, indiquées comme devant amener la guérison, ne produisirent aucun résultat, et la malade vint me supplier de lui fermer sa fistule. C'est alors que j'entrepris un traitement en octobre 1870.

Il fallut alors détruire un énorme champignon qui occupait la cavité du kyste, avait le volume d'une tête de fœtus, et qui ressemblait trait pour trait à ce kyste rempli de fongosités que je vous ai présenté après l'avoir recueilli chez une malade que j'avais traitée

avec M. Boinet, sept ans auparavant, d'un kyste séreux, par la canule à demeure. On sentait une tumeur dans l'abdomen, du volume de la tête d'un enfant.

Des cautérisations avec l'amadou trempé dans une solution concentrée de chlorure de zinc, la dilatation de la fistule et la cautérisation du fond du kyste amenèrent en huit mois un retrait considérable du kyste malgré les adhérences. Le stylet, qui au début pénétrait à 15 centimètres, ne pénétrait qu'à 6 centimètres à la fin, et il n'y avait plus d'induration étendue autour de la fistule.

La malade se lassa des cautérisations et se fit de la compression avec un bandage herniaire. Cette malade alla ensuite consulter d'autres chirurgiens. Mais à ce moment, je pensais qu'avec le temps la fistule se fermerait. Aujourd'hui il y a cinq ans et neuf mois que la fistule persiste, elle ne s'est jamais fermée jusqu'ici.

Ainsi, voilà un kyste très-adhérent, dont les adhérences ont été bien constatées, et qui néanmoins revient sur lui-même au point que la cavité peut à peine loger une phalange du petit doigt. Cette faculté des adhérences pour s'allonger est un encouragement destiné à autoriser le traitement des kystes uniloculaires par la canule à demeure, et ce traitement vaut mieux, à mon sens, qu'une excision très-partielle d'un kyste que l'on fait suppurer après incision et suture de ses parois à la paroi abdominale. Les résultats sont les mêmes et les dangers moins grands (1).

M. Lucas-Championnière. Je dois relever une erreur qui s'est glissée dans l'observation de M. Desprès. Pendant la tentative d'ovariotomie qui a été faite, on ne s'est pas borné à faire une simple incision de l'abdomen, mais on a pu enlever une portion de la paroi du kyste. M. Malassez, qui assistait à l'opération, a vu extirper cette portion de tumeur et en a fait l'examen. Il a constaté que les parois du grand kyste étaient devenues le siége d'une prolifération kystique très-abondante. Du reste, l'observation a été publiée dans la thèse de M. Urdy. J'ai suivi moi-même la malade pendant assez longtemps, et j'ai assisté à l'accroissement de sa tumeur; je l'ai perdue de vue depuis 18 mois environ.

M. Terrier. La malade dont nous a parlé M. Desprès avait probablement des adhérences pelviennes et point d'adhérences abdominales.

M. Desprès. Cette malade avait un kyste uniloculaire dont on n'a pu faire l'ablation, précisément parce que les adhérences étaient trop

---

(1) J'ai revu la malade jeudi dernier : la fistule suppure un peu moins; la malade a fait des cautérisations depuis qu'elle m'a quitté, M. Chassaignac a même placé un petit drain, et la malade doit revenir aux cautérisations.

nombreuses et trop étendues. Je crois que, dans les cas où un kyste de l'ovaire se rompt spontanément, il vaut mieux laisser agir la nature que d'intervenir par une opération.

M. Tillaux. Pour M. Desprès, la déhiscence d'un kyste de l'ovaire serait une raison suffisante pour justifier l'expectation. Je serais plutôt d'un avis contraire; car, dans un fait dont j'ai été le témoin, un kyste qui s'est rompu deux fois a donné, chaque fois, lieu à des accidents de péritonite tellement graves que la malade a failli succomber.

M. Delore. M. Terrier a prétendu que, chez ma malade, le cul-de-sac de Douglas contenait une certaine quantité de liquide. Je suis, au contraire, convaincu qu'il y avait contact entre le kyste et la paroi vaginale. Je m'en étais assuré au moyen du trocart mousse, et je n'ai eu à perforer qu'une simple cloison pour arriver dans le vagin. Si j'ai eu des accidents de péritonite, cela tient à ce que j'ai fait la cautérisation vaginale pendant trop peu de temps. Je reconnais volontiers que l'on ne peut diagnostiquer à priori l'existence de petits kystes surajoutés à un plus grand; mais, lorsqu'on a vidé la poche principale par la ponction, il devient aisé de faire une exploration complète et de trouver les petits kystes, s'il en existe. Quant à prendre ceux-ci pour des tumeurs fibreuses, j'avoue que la confusion est souvent possible. Dans les cas d'adhérences multiples, je crois la méthode que je vous propose supérieure à l'ovariotomie; car la cavité abdominale renferme des organes souples, mobiles, qui n'empêcheront nullement les parois du kyste de s'accoler. Ce qui empêche la cicatrisation, ce qui entretient les fistules, c'est la persistance de la membrane interne du kyste, et c'est pour détruire cette membrane que j'ai employé le nitrate d'argent, déterminé à avoir recours au chlorure de zinc, si je n'avais pas réussi.

Aux deux questions de M. Desprès, je répondrai: 1° que j'ai revu ma malade tout à fait guérie un an après l'avoir traitée et que, ces jours derniers, son mari m'a appris que la guérison ne s'est pas démentie; 2° que je n'ai pas employé la canule à demeure parce que je crois mon procédé préférable au point de vue de la désinfection de la cavité kystiqué.

M. Terrier. Je pense que la méthode de M. Delore vaut mieux que la canule à demeure, mais je persiste à croire que les adhérences d'un kyste à la paroi abdominale empêchent le retrait de la poche et la guérison (*Séance* du 29 mars 1876. — *Bull. de la Soc. de chir.*).

Rapport sur un travail de M. le docteur Jude Huë, intitulé : Etude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète (1).

Par M. GUÉNIOT.

Messieurs,

La Société de chirurgie a reçu, en juillet dernier, d'un de nos jeunes et laborieux confrères de la province, un travail manuscrit, traitant d'une opération généralement fort délicate : *La restauration du périnée*. C'est de ce travail dû à M. le Dr Jude Huë (de Rouen), que je viens vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Paulet, Blot et Guéniot.

Chacun sait que la déchirure complète du périnée est presque toujours une conséquence de l'accouchement, soit que la femme ait été mal assistée dans le cours de cette fonction, soit que le volume de l'enfant ait été excessif, soit enfin que la résistance, la fragilité ou la pénurie des tissus ait rendu leur rupture plus facile. M. Huë, ayant pris pour objectif la recherche des meilleurs procédés de restauration, n'avait pas à s'occuper des circonstances qui favorisent la production de l'accident. Aussi ne fait-il aucune allusion à ce qu'on pourrait appeler le *traitement préventif* ou la *prophylaxie* de ces ruptures. Un historique rapide sert d'entrée en matière, et c'est aussi sous cette forme que se poursuit la plus grande partie du travail de notre confrère.

Ainsi l'auteur rappelle d'abord que c'est à A. Paré qu'est due la première idée de l'opération, et à Guillemeau le mérite de sa première exécution. Puis, après avoir constaté que la suture, telle que la pratiquaient les imitateurs de Guillemeau, ne donnait qu'une très-aible proportion de succès, il rapporte à Roux le premier perfectionnement vraiment capital de l'opération. En substituant la suture enchevillée aux sutures entrecoupée et entortillée dont faisaient usage ses devanciers, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu réalisa, en effet, un progrès considérable. Mais ce serait une exagération de voir, avec M. Huë, dans cette innovation un titre suffisant pour valoir à son auteur la paternité réelle de la périnéorrhaphie. Si, comme le remarque Roux lui-même (2), les chirurgiens français de son temps montraient, pour cette opération, presque tous la même indifférence; si Boyer, dans le cours de sa longue carrière, n'avait jamais pratiqué la suture du périnée et se bornait, dans son ouvrage, à ne point désapprouver

(1) Voir le travail de M. Huë, p. 1.

(2) *Mémoire sur les déchirures du périnée chez la femme*, etc., rédigé d'après les leçons de M. Roux, par Mercier (*Journ. des connaissances médico-chirurg.*, mars 1839, p. 92).

les nouveaux essais que l'on pourrait en faire : si enfin, Ant. Dubois de même que son fils, Paul Dubois, malgré leur habileté opératoire, avaient l'un et l'autre échoué dans leurs tentatives, il n'est pas moins vrai que Noël (de Reims) et Saucerotte (de Lunéville) avaient auparavant obtenu des succès; que Montain (de Lyon) avait également réussi en appliquant, « pour une partie de l'opération, quelque chose du procédé dont Roux croyait avoir eu complètement la première idée » (1), et enfin, que les chirurgiens allemands, Dieffenbach en particulier, se préoccupaient déjà depuis quelque temps de perfectionner cette opération. Le procédé de Roux, tout en marquant dans les progrès de la périnéorrhaphie une phase heureuse et des plus importantes, ne saurait donc effacer tous les essais antérieurs, surtout ceux qui furent tentés, à diverses époques, par les chirurgiens du pays où l'opération avait pris naissance.

Malgré les modifications imaginées par Roux, les succès de la périnéorrhaphie ne laissaient pas que d'être trop souvent encore mêlés de revers, ce que l'on pouvait attribuer : d'une part, à l'étranglement des tissus; et, d'autre part, à l'irritation de la plaie par les liquides vaginaux, d'où la persistance fréquente d'une fistule recto-vaginale. Sur 15 opérations relatées par Roux (*Quarante années de pratiq. chirurg*), nous trouvons, en effet, indépendamment de deux insuccès complets, six cas de communication anormale entre le rectum et le vagin. Dieffenbach, de son côté, n'était pas plus heureux, même avec l'aide de ses incisions *libératrices* qui, jusqu'à ces derniers temps, furent généralement adoptées. De nouveaux progrès étaient donc devenus nécessaires.

Ces progrès, nous les voyons aujourd'hui en grande partie réalisés dans les divers procédés de Langenbeck, de Demarquay, de MM. Richet, Deroubaix, Le Fort, Verneuil, etc. (2). Ils consistent essentiellement, d'une part, à utiliser les sutures métalliques, préconisées avec raison par les chirurgiens américains; et d'autre part, à protéger la ligne de réunion à l'aide d'un lambeau emprunté à la muqueuse vaginale, lambeau dont la forme et les dimensions peuvent varier, mais dont l'office principal est toujours de mettre la suture du périnée à l'abri des irritations locales.

---

(1) Ces paroles sont de Roux lui-même (*loco citato*, p. 93).

(2) On trouvera, bien résumés et fidèlement exposés, dans la traduction française de Churchill par Wieland et Dubrisay (*Traité prat. des mal. des femmes*, etc., Paris, 1866), les procédés de Langenbeck, Verneuil, Deroubaix, etc.; de même que, dans l'excellente thèse de M. Emmanuel Bourdon (*Des anaplasties périnéo-vaginales*, Paris, 1875) les procédés de MM. Richet, Demarquay, Le Fort, etc.

M. Huë n'a pas omis de signaler ces perfectionnements nouveaux. Mais peut-être eût-il pu donner à la pratique de nos compatriotes une plus large part dans l'exposé des progrès le plus récemment acquis. Au contraire la pratique américaine, dont il a eu l'avantage de suivre *de visu* quelques beaux succès, semble l'avoir particulièrement séduit, et c'est des procédés de Sims, et surtout de ceux d'Emmet, qu'il nous entretient le plus longuement. Cette remarque, je me hâte de le dire, ne doit pas être considérée comme un reproche; car les lecteurs français ne sauraient se plaindre de voir un prosélyte fervent les initier à la pratique exacte de ses modèles. Je signalerai, toutefois, comme une opinion à mon sens exagérée, celle que je trouve reproduite sans commentaire par M. Huë, et d'après laquelle « les sutures métalliques constitueraient la plus grande découverte chirurgicale du XIXe siècle. »

Quant aux détails opératoires qui caractérisent les procédés de Sims et d'Emmet, je les crois généralement trop connus, au moins dans ce qu'ils ont d'essentiel, pour rééditer ici la description que notre confrère de Rouen emprunte au *New-York medical Journal* (décembre 1865). Qu'il me suffise d'en citer les passages les plus significatifs.

« ...Si la déchirure s'est prolongée sur la cloison recto-vaginale, dit Emmet, les bords avivés en seront réunis au moyen de fils d'argent et de sutures interrompues à raison de cinq points environ par pouce. Mais, en pratiquant la suture périnéale, il faudra prendre grand soin que le fil inférieur passe entre la 1re et la 2e suture de la cloison, et que le suivant passe entre la 2e et la 3e. Autrement, il se produirait une ouverture recto-vaginale immédiatement au-dessus du sphincter...

« Après l'opération, les genoux sont maintenus rapprochés pendant 10 jours et la femme sondée avec soin, de façon qu'aucune goutte d'urine ne vienne à couler sur la ligne de réunion.

« Les sutures du périnée sont retirées d'ordinaire vers le 6e jour; celles de l'intérieur du vagin doivent rester 15 jours et même plus longtemps. La constipation doit être maintenue pendant deux semaines au moins, et la première selle attentivement surveillée.

« Pour pratiquer les sutures, ajoute Emmet, je me sers maintenant d'une longue aiguille chargée d'un fil d'argent, avec laquelle je puis d'un seul coup contourner entièrement la surface d'avivement. De plus, j'introduis la pointe de l'aiguille près d'un demi-pouce plus en arrière, du côté du coccyx, que dans le procédé ordinaire. Il en résulte que, quand ce point de suture est tordu, il met en contact une bande de muqueuse rectale non dénudée et repousse en haut les surfaces avivées. Comme ce point de suture est le plus long et embrasse le plus de tissu, il supporte en quelque sorte la charge et soulage d'autant les autres sutures. »

Le détail qui, d'après M. Huë, semble être le plus important et

le plus original dans le procédé d'Emmet, consiste précisément dans la précaution qui vient d'être signalée : de placer le premier point de suture très en arrière, afin de reconstituer le sphincter anal dont les bouts se sont fortement rétractés vers le coccyx. En effet, dit notre confrère, de Rouen, la réparation *fonctionnelle* de l'anus n'est pas toujours, à beaucoup près, une conséquence de la restauration du périnée. Nombre de femmes à la suite d'une opération heureuse ne peuvent cependant retenir les matières liquides et les gaz, ce qui serait dû, d'après Emmet, aux circonstances suivantes. Ici, je reproduis textuellement l'exposé de M. Huë.

« Les fibres musculaires, rompues à leur entre-croisement avec celles du constricteur du vagin, se rétractent en arrière de l'anus vers leurs attaches inférieures et tendent à prendre une direction horizontale en avant du coccyx. Il en résulte que le point de suture inférieur introduit, comme dans tous les procédés, au niveau de la limite postérieure de la déchirure, ne comprend pas les fibres musculaires rétractées. On a refait un périnée et un orifice anal, mais non un sphincter. La femme rendra à volonté les matières solides qui, elles, sont retenues beaucoup plus haut ; mais les liquides et les gaz s'échapperont sans qu'elle puisse les retenir.

« Pour prévenir la persistance de cette infirmité, il faut aller saisir le muscle à l'aide d'un point de suture introduit très-bas, à 1 cent. 1/2 au moins en arrière de l'anus; et cela afin de ramasser, de ramener en haut les fibres du sphincter et de permettre aux sutures suivantes d'opérer la réunion du muscle lui-même. On pourrait craindre, à première vue, que ce fil rétrécit l'anus, mais il n'en est rien : l'anus recouvre simplement ses dimensions normales. »

C'est d'après ces idées que notre confrère a pratiqué, en mai 1874, sur une dame de Rouen, une restauration du périnée suivie du succès le plus complet. Mais avant d'en venir à cette intéressante observation, qui représente la seconde partie du mémoire, permettez-moi de faire encore quelques remarques critiques.

Et d'abord, est-il bien exact de dire avec Emmet et M. Huë que la restauration du périnée, d'après les divers procédés aujourd'hui en honneur, soit si fréquemment suivie d'incontinence des gaz et des matières liquides de l'intestin? L'auteur américain regarde le fait comme certain, mais il n'en donne nullement la preuve ; et de ce que M. Huë a pu voir à *Women's Hospital* un exemple de ce genre sur une femme opérée par Emmet lui-même, il ne s'ensuit pas que cet accident soit commun, ni surtout qu'on soit autorisé à le regarder comme un fait général. Pour ma part, je le crois au contraire *dans les conditions supposées*, c'est-à-dire lorsque la restauration a été obtenue sans persistance d'aucune fistule. M. Huë, en citant le résultat de la pratique de M. Verneuil qui, sur cinq opérations, a obtenu quatre succès

complets, plaide lui-même contre son opinion et vient appuyer la nôtre. Que le fait existe à l'état exceptionnel, je le crois volontiers; que l'explication qu'en donne Emmet soit exacte, et le moyen proposé par lui (pour prévenir l'accident) le plus sûrement efficace, je le concède encore sans peine; est-ce à dire pour cela, qu'il faille donner à ce détail opératoire, assurément fort utile, toute l'importance que semble lui accorder notre confrère de Rouen? Je ne le pense pas. J'ajouterai, toutefois, que dans une observation récemment publiée (in *Lyon médical*, 1876, p. 307), par M. Mollière, ce chirurgien attribue de même la perfection du résultat à la précaution qu'il avait prise de reformer l'anneau contractile de l'anus. « Quant à la prompte restitution des fonctions sphinctériennes, dit-il, je crois l'avoir obtenue par ce temps supplémentaire de l'avivement, qui a consisté à mobiliser le rectum sur ses parties latérales, en allant à la recherche des bouts divisés du sphincter. »

Relativement à l'époque la plus favorable pour pratiquer l'opération, question qui a été fort discutée et dont les diverses solutions comptent un nombre à peu près égal de partisans autorisés, M. Huē déclare que le temps n'est pas venu encore de la fixer d'une manière définitive; puis il ajoute que souvent la question perd d'ailleurs beaucoup de son importance par ce fait que l'opérateur, quand on se présente à lui, n'a presque jamais le choix, la déchirure remontant à une date déjà ancienne. Cette remarque est fort juste. Mais l'auteur semble croire qu'une même époque peut être uniformément préférée pour tous les cas. Une telle opinion, quoique communément admise, serait difficilement acceptée, si l'on songeait que les déchirures périnéales, de même que les becs-de-lièvre, se présentent dans des conditions souvent fort différentes, qui excluent précisément une telle uniformité.

Enfin, M. Huē termine son travail par la relation d'une opération heureuse, qu'il a pratiquée avec l'assistance de trois confrères et d'un étudiant on médecine, M. Lainey, à qui sont dus les dessins annexés au mémoire. Dans ce cas, l'auteur s'est appliqué à suivre la méthode américaine. Quoique la déchirure atteignît la cloison recto-vaginale dans l'étendue d'un centimètre, il obtint une réparation complète. Six semaines après l'opération, le nouveau périnée mesurait, de l'anus à la vulve, plus de 3 centimètres 1/2; le sphincter anal se trouvait reconstitué et l'orifice vaginal n'admettait qu'avec peine le passage de deux doigts. Les gaz de l'intestin, de même que les lavements chauds, étaient aisément retenus; la réparation fonctionnelle concordait donc d'une manière exacte avec la restauration anatomique des parties.

L'opérée, revue ultérieurement, fut trouvée, comme on pouvait s'y attendre, aussi parfaitement rétablie qu'elle l'avait jamais été.

En résumé, Messieurs, le mémoire de M. Huē se compose de deux parties : la *première* et la plus longue comprend un exposé historique

correctement tracé et qui ne manque nullement d'intérêt; la *seconde*, composée du récit détaillé d'un fait clinique, se recommande par une réelle importance. En effet, d'une part, elle renferme des détails opératoires précis, qui peuvent servir utilement de guide pour des cas analogues; et, d'autre part, elle offre un exemple de succès complet, obtenu sans entrave, grâce à la bonne direction du traitement.

Discussion.

M. VERNEUIL. J'ai eu l'occasion de faire cinq fois la périnéorrhaphie, en employant un procédé que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, il y a dix ans environ, le procédé de la suture à trois plans. Dans les quatre premiers cas, je ne me suis nullement préoccupé du sphincter anal, et cependant trois de mes malades ont guéri sans la moindre incontinence et avec la restauration la plus complète du périnée: la quatrième, étant morte peu de jours après l'opération, ne doit pas être mise en ligne de compte au point de vue du résultat final. Dans ma cinquième périnéorrhaphie, j'ai prolongé l'avivement en arrière, ainsi que le conseille M. Huë, et en agissant ainsi j'ai commis une faute; car lorsque ma suture périnéale a été terminée, j'ai constaté que j'avais recouvert la moitié antérieure de la commissure anale; j'avais fait une espèce d'*épicanthus anal*, et j'eus beaucoup de peine à introduire mon doigt dans l'anus. Plus tard, la partie supérieure de la suture céda et il se fit une fistule recto-vésicale qui persiste encore. Ce cas est donc un insuccès; aussi m'élèverai-je de toutes mes forces contre le principe posé par M. Emmet et soutenu par M. Huë, et recommanderai-je de ne pas prolonger la suture aussi loin en arrière.

Notre collègue M. Labbé m'a montré dernièrement un procéde qu'il emploie depuis assez longtemps et qui m'a paru donner les meilleurs résultats. Voici comment opère M. Labbé. Il fait d'abord l'avivement comme à l'ordinaire, puis il prolonge ses incisions sur les fesses, de chaque côté, et se contente de suturer la moitié antérieure du périnée. La portion rectale se trouve ainsi placée dans les mêmes conditions qu'une fistule à l'anus après l'incision, et la réunion s'y fait de la même façon. J'ai examiné l'une des opérées de notre collègue et j'affirme qu'elle n'a pas la moindre incontinence rectale. Ne savons-nous pas tous que Mercier a donné le conseil formel de débrider le sphincter, afin de prévenir le rétrécissement de l'anus? et les chirurgiens qui ont adopté cette pratique s'en sont généralement bien trouvés. Il y a loin de là au précepte formulé par M. Emmet.

Il me paraît important de bien établir à quelle époque il convient de pratiquer l'opération. Sous ce rapport, ma dernière périnéorrhaphie m'a servi d'enseignement. La malade était une jeune femme extrêmement désireuse de se débarrasser de son infirmité. Je cherchai d'a-

bord à gagner du temps; mais enfin, sur ses vives instances, j'eus la faiblesse de consentir à l'opérer après le retour des secondes règles, c'est-à-dire deux mois et demi après l'accouchement. Tout semblait marcher à souhait, lorsque ma malade fut prise d'une périovarite intense, plusieurs points de suture manquèrent et il se produisit une fistule recto-vaginale. Je suis bien décidé à ne plus opérer avant que cinq ou six mois se soient écoulés depuis l'accouchement.

M. Blot. Je me bornerai à citer un fait qui vient à l'appui des opinions de M. Verneuil et de la pratique de M. Labbé. Sur une malade qui avait une rupture compléte du périnée, il m'a suffi d'appliquer une serre-fine sur la portion vulvaire de la déchirure pour voir la réunion se faire à ce niveau et marcher, d'avant en arrière, jusqu'à la portion anale où elle était complète au bout de 15 ou 18 jours. J'ai vu ce moyen réussir de la même façon dans plusieurs autres cas, mais il s'agissait alors de déchirures incomplètes. Quant à vouloir retrouver dans la cicatrice les fibres antérieures du sphincter anal pour les réunir, je considère cette prétention comme une vue théorique et rien de plus. Et d'ailleurs, en admettant que l'on pût retrouver ces fibres, il faudrait les réunir à celles du sphincter de la vulve, en entre-croisant ces deux muscles de façon à rétablir leur disposition normale en huit de chiffre. Je crois beaucoup plus utile la section du sphincter anal à sa partie postérieure, pour éviter que la suture ne soit tiraillée et déchirée par les contractions musculaires. En outre, j'insiste sur cette recommandation qu'il ne faut jamais tenter l'opération sur des femmes accouchées depuis peu de temps. Enfin, s'il est utile d'empêcher les matières fécales de passer par l'anus, il ne me paraît pas nécessaire de prolonger la constipation trop longtemps et jusqu'à deux semaines, ainsi que l'ont conseillé quelques chirurgiens; cette manière de faire me semble nuisible à la santé des opérées et, de plus, elle expose à la déchirure de la cicatrice par le passage d'un bol fécal trop dur et trop volumineux.

M. Guyon. Comme M. Verneuil, je crois que le grand écueil de la périnéorrhaphie est dans le rétrécissement de l'anus. Chez une malade que j'avais opérée en prolongeant la suture trop en arrière, j'ai vu le périnée se rompre après la première garde-robe. Aussi ai-je toujours eu le soin, depuis cet accident, de laisser l'anus aussi large que possible, et je m'en applaudis. Une seule fois, pourtant, j'ai cru que j'aurais à le regretter, la malade retenait difficilement les matières liquides; mais il m'a suffi de quelques cautérisations, avec l'aiguille galvano-caustique, pour faire justice de ce petit inconvénient. Je prends aussi une précaution qui répond à l'une des observations présentées par M. Blot : je ne prolonge pas la constipation plus de six ou sept jours et je provoque une garde-robe avant que les fils soient enlevés. Dans les cas de rupture toute récente, c'est-à-dire immédia-

tement après l'accouchement, je suis très-partisan de l'application des serres-fines, qui donnent les meilleurs résultats.

M. Le Fort. De même que la plupart de nos collègues, je ne suis pas très-partisan de la complication opératoire dont on vient de nous entretenir. Si l'on veut bien se rendre compte de ce qui se passe après la déchirure complète du périnée, on reconnaîtra que les fibres du sphincter sont sur les parties latérales et qu'elles correspondent précisément à la pointe du triangle formé par la surface avivée. Pour moi, j'étends autant que possible l'avivement du côté de la vulve, je prolonge les incisions sur les fesses et, de plus, je dissèque les parties latérales en cherchant à former une paroi du côté du vagin et une du côté du rectum. Je termine en affrontant les surfaces par la suture à trois plans. Une de mes opérées s'est retrouvée enceinte quelque temps après et elle a accouché sans que les résultats de mon opération aient été en rien compromis.

M. Desormeaux. J'ai appliqué très-souvent les serres-fines immédiatement après l'accouchement et je les ai ordinairement vues réussir, même dans des cas où le sphincter avait été rompu. Je ne crains pas moins la constipation que M. Blot, et, au lieu de la provoquer, je cherche, au contraire, à entretenir la liberté du ventre. J'aime mieux laisser la suture en contact avec des matières liquides, que de l'exposer à se rompre sous la pression de matières trop dures.

M. Trélat. Il est indispensable de diviser les déchirures du périnée en deux catégories bien distinctes. Les unes sont incomplètes et généralement faciles à guérir. Les autres sont complètes et l'on n'obtient que très-difficilement leur guérison. C'est de ces dernières seules que je veux m'occuper. J'en ai, jusqu'à ce jour, opéré huit, en me servant d'un procédé identique à celui qu'emploie M. Le Fort, et en ayant soin de faire l'avivement latéral très-profond et très-large. A mon sens, on ne saurait trop se mettre en garde contre les matières fécales liquides et contre les gaz. Je recommande d'appliquer, toutes les fois qu'elle sera exécutable, une modification opératoire qui m'a donné, dans un cas, un résultat remarquable, et qui consiste à séparer la partie rectale de la partie vaginale, au niveau de la fente, puis à tirer en avant la muqueuse du rectum, jusqu'à ce qu'elle soit sous-jacente à la suture périnéale, de telle sorte que les matières fécales ne peuvent plus être en contact avec la suture. J'ai essayé deux fois d'employer les serres-fines; dans un cas, j'ai échoué; dans l'autre, la malade a conservé une demi-incontinence. Je ne crois pas que l'on doive entreprendre l'opération avant le troisième mois écoulé depuis l'accouchement. Contrairement à M. Desormeaux, je suis persuadé qu'il est très-utile de maintenir la constipation pendant huit ou dix jours, en administrant de l'extrait thébaïque, en même temps qu'on prescrit une alimentation surtout composée de vin et viande crue.

avec peu de pain, afin de restreindre autant que possible la quantité des matières fécales. Avant de retirer aucun point de suture, on donne un purgatif léger, pour provoquer une selle. L'opium, le décubitus dorsal, déterminent parfois dans l'intestin des accumulations de gaz qui, en s'échappant brusquement, peuvent déchirer la suture. Dans un cas, j'ai réussi à prévenir cet accident en introduisant dans le rectum une grosse sonde.

M. Polaillon. Immédiatement après l'accouchement, on peut toujours essayer d'employer les serres-fines; mais il est bon de savoir que certaines femmes ne peuvent pas supporter le pincement occasionné par ces instruments et qu'on est parfois obligé d'y renoncer. Au reste, le seul rapprochement des cuisses amène quelquefois la réunion immédiate des déchirures récentes. Je crois que l'on doit retarder l'opération jusqu'au delà du quatrième mois. Une malade que j'ai opérée avant cette époque est morte; elle présentait encore, au voisinage de la déchirure, des dilatations veineuses et lymphatiques.

M. Panas. Je recommande particulièrement le dédoublement de la cloison recto-vaginale comme un excellent procédé, en ayant soin de faire des incisions latérales très-profondes du côté des fesses, pour favoriser l'affrontement des surfaces. J'ai opéré ainsi, cette année, une femme qui avait une incontinence de matière fécale depuis plus de dix ans, avec une ulcération profonde du col et une leucorrhée abondante. Quelques cautérisations au fer rouge ont mis fin à cette dernière complication, après quoi, j'ai pratiqué la périnéorrhaphie qui a parfaitement réussi.

M. Desprès. Je me demande pourquoi cet avivement si étendu, pourquoi cette perte de substance si considérable que recommandent nos collègues? Tout cela ne me paraît pas nécessaire. Je fais une simple incision sur la cicatrice, puis j'écarte la muqueuse du vagin de la muqueuse rectale, ce qui me donne exactement la surface cruentée que vous cherchez à produire. J'ai fait deux opérations de cette façon. L'une a très-bien réussi. L'autre a manqué parce que la malade, après une constipation de 12 jours, a eu une garde-robe spontanée pendant laquelle un bol fécal a déchiré la suture. J'ajouterai que cet accident a eu lieu parce que j'avais opéré la malade trop tôt après l'accouchement.

M. Guéniot. Je crois qu'on peut conclure de cette discussion, comme de bien d'autres, qu'il ne faut pas être exclusif et ne pas craindre de modifier un peu les règles, suivant les circonstances. Le procédé qui consiste à suturer les deux bouts du sphincter anal peut n'être pas mauvais; mais il n'a pas, à beaucoup près, l'importance que lui attribue M. Emmet et, après lui, M. Huë. D'autre part, les difficultés du procédé ne sont pas aussi grandes qu'on pourrait le penser : car il n'est pas nécessaire de chercher à voir les deux extrémités du sphinc-

ter, mais simplement de porter la suture tout à fait en arrière. En un mot, le procédé peut être utile, mais il ne faut pas le généraliser.

Le maintien de la constipation n'est ordinairement pas une difficulté : car les femmes qui ont une déchirure complète du périnée avec incontinence ont l'habitude de se constiper en prenant des opiacés et en mangeant fort peu, de sorte que lorsqu'il s'agit de les opérer, on n'a guère qu'à leur faire continuer leur régime ordinaire. Je terminerai en faisant remarquer que, si les serres-fines sont très-souvent utiles dans les cas de déchirure incomplète, elles sont presque toujours impuissantes lorsque le sphincter est rompu. Danyau a obtenu cinq succès sur six applications de serres-fines; or, il se trouve qu'une seule de ces six déchirures était complète, c'est précisément celle où l'opération a échoué. (*Séance du 5 avril 1876, Bull. de la Soc. de chir.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

État de l'oreille du nouveau-né qui n'a pas respiré. — M. Gellé montre les oreilles d'un nouveau-né qui n'a pas respiré, et appelle l'attention sur les caractères particuliers que présentent ces oreilles. Il n'y a pas, dans ces oreilles, de cavité tympanique ; cette cavité est, en effet, remplie par un magma brunâtre au milieu duquel on aperçoit deux points blancs qui sont les osselets ; on n'y trouve pas la moindre trace d'air. Ainsi absence complète d'air, présence d'un magma qui remplit la cavité tout entière, tels sont les deux caractères que présentent la cavité tympanique des oreilles du nouveau-né qui n'a pas respiré, caractères qui peuvent avoir une importance au point de vue médico-légal. Il suffit, en effet, de quelques heures de respiration pour que ce magma ait disparu et pour que la cavité ympanique soit remplie d'air.

M. Galippe demande si ce signe, mis en lumière par M. Gellé, est plus sensible que celui que l'on a tiré de l'examen des poumons.

M. Gellé répond que ces deux signes sont complémentaires l'un de l'autre.

M. Dumontpallier demande s'il suffit d'une seule respiration pour que ce magma n'existe plus dans la cavité tympanique, et soit remplacé par une certaine quantité d'air.

M. Gellé dit n'avoir pu pousser assez loin ses observations pour répondre à cette question d'une façon bien précise. Il signale ce fait en appelant sur lui l'attention des observateurs. (*Séance du 3 juin 1876.*

De la présence du sucre dans l'urine des femmes enceintes ou des nourrices. — M. de Sinéty rappelle qu'il y a déjà plusieurs années il a montré que, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, la

présence du sucre dans l'urine n'est nullement un fait constant chez les femmes enceintes et les nourrices.

Il est arrivé à déterminer exactement les conditions sous l'influence desquelles se produit ce phénomène et a démontré que l'on pouvait, à volonté, faire apparaître ou cesser la glycosurie, selon que l'on suspendait ou que l'on continuait l'allaitement. Mais jusqu'ici, dans les cas observés et publiés par M. de Sinety, la quantité de sucre trouvée dans les urines était peu considérable. Or, il y a peu de temps, M. de Sinety a eu occasion d'observer une femme qui avait cessé d'allaiter depuis trois jours et dont l'urine ne contenait pas moins de 8 gr. 9 de sucre par litre. Cette femme était en outre atteinte d'une soif intense et présentait un gonflement considérable des seins. Quatre jours après, cette femme ne portait plus de traces de lait dans les mamelles, ni de sucre dans les urines.

M. de Sinety fait remarquer que cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : d'abord elle confirme les idées qu'il a déjà soutenues ; elle est remarquable par l'énorme quantité de sucre trouvée dans l'urine ; enfin la soif, chez cette femme, présentait cette particularité qu'elle était presque nulle quand elle allaitait et qu'elle était devenue vive, surtout depuis que la dépense de lait était supprimée, de telle sorte qu'elle était en rapport avec la glycosurie.

Oreilles des nouveau-nés. — M. Gellé montre des dessins se rapportant aux faits dont il a entretenu la Société dans la dernière séance.

M. Parrot fait observer à cette occasion que MM. Barety et Renaut, dans un travail publié en 1869, ont montré l'existence constante d'une otite moyenne chez les enfants atteints de troubles pulmonaires.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité clinique des maladies de l'utérus, par J.-N. Demarquay et O. Saint-Vel. — 1 vol. in-8 de 612 pages. Paris, 1876. A Delahaye et Ce, éditeurs. Prix, 10 fr.

Quoiqu'un grand nombre d'ouvrages de gynécologie aient été publiés dans ces dernières années, nous avons vu apparaître avec le plus grand plaisir le livre que MM. Demarquay et Saint-Vel avaient, depuis longtemps, annoncé au public médical. On sait que le savant chirurgien de la Maison de santé avait conçu le plan d'un traité pratique de gynécologie, qui devait comprendre toutes les affections de l'utérus et de ses annexes, mais la mort est venue le surprendre avant

le complet achèvement de son œuvre. M. Saint-Vel, qui avait pris part aux travaux du maître depuis plusieurs années, nous donne aujourd'hui un traité clinique des maladies de l'utérus « dans lequel l'article *Vaginisme*, rejeté à la fin de l'ouvrage, est comme ces pierres d'attente qui, dans un édifice, indiquent la possibilité d'une construction ultérieure. »

La première partie de l'ouvrage, consacrée à l'étude des différentes formes de métrites, est précédée de quelques considérations générales d'un grand intérêt. Après avoir fait ressortir l'indépendance physiologique et pathologique relative qui existe entre le corps et le col de l'utérus, les auteurs étudient successivement la congestion, la fluxion, l'engorgement et l'induration utérines, et rattachent tous ces états morbides à l'inflammation. Ce chapitre de pathologie générale utérine, quoique un peu court, renferme des aperçus très-ingénieux.

La métrite aiguë est ensuite étudiée avec le plus grand soin. Les auteurs décrivent d'abord l'endométrite aiguë qui constitue une affection nettement déterminée, et qui peut atteindre la muqueuse de la cavité du corps et celle de la cavité du col ; mais ils font justement remarquer que l'endométrite aiguë de la partie cervicale est rare et n'existe le plus souvent que comme complication de l'endométrite aiguë du corps.

La métrite parenchymateuse aiguë vient ensuite. Plus rare que l'endométrite et se présentant rarement à l'état d'isolement, cette affection est le plus souvent liée aux phlegmasies de la muqueuse. Il est une autre variété de cette métrite que Chomel avait désignée sous le nom de *post-puerpérale*, qui survient peu de temps après l'accouchement, et qui ne saurait être confondue avec la métrite puerpérale dont elle se distingue par sa bénignité. Due à des imprudences, que la femme se soit levée trop tôt, ait repris trop vite ses occupations ou se soit prématurément livrée au coït, l'inflammation entrave la transformation régressive de l'utérus, et l'organe reste hypertrophié par défaut de résorption. La métrite post-puerpérale, d'une durée souvent longue, est sujette à récidive et a de la tendance à prendre la forme chronique. Dans des cas très-rares, elle a pu se compliquer d'accidents graves, tels que l'inflammation des ligaments larges, et les abcès qui en sont résultés ont quelquefois produit la mort en s'ouvrant dans le péritoine.

Les auteurs ont établi une excellente division dans le chapitre de la métrite chronique. Ils décrivent d'abord l'endométrite chronique du corps, la métrite parenchymateuse chronique du corps, puis la métrite chronique du col. A propos de cette dernière, ils entrent dans les détails les plus minutieux. Les granulations utérines, dont quelques auteurs ont fait une variété sous le nom de *métrite granulée* ou

mamelonnés du col, sont considérées comme la première phase de l'ulcération. « Ces petites granulations, à peine saillantes au-dessus de la muqueuse, dont les dimensions vont d'un grain de sable à un grain de millet, sont dues, comme les granulations du pharynx, à l'hypertrophie des follicules mucipares enflammés. Cette hypertrophie, produite par l'hypersécrétion, augmente lorsque, par le fait de l'inflammation, la cavité du follicule, après l'oblitération de son orifice, se distend par le liquide, dont le mélange avec le pus donne à à la granulation l'apparence jaunâtre d'une vésicule d'herpès. L'ulcération se produit naturellement alors par la desquamation de l'épithélium. »

Dans un chapitre spécialement consacré à l'étude de la métrite chronique chez les vierges, les auteurs fournissent d'excellents préceptes sur un point très-délicat : l'examen des organes génitaux chez les filles vierges.

L'exploration faite avec prudence avec le doigt et le spéculum ne porte pas sérieusement atteinte à l'intégrité des parties sexuelles; mais, pour pratiquer le toucher chez une jeune fille dont l'hymen est intact, il faut se rappeler que, par suite de l'écartement des cuisses, cette membrane s'étale et forme un plan tendu et résistant, tandis qu'elle devient souple et se laisse aisément déprimer en arrière lorsque les cuisses sont rapprochées ; il est donc nécessaire de pratiquer le toucher dans cette dernière position.

Le traitement des différentes métrites est ensuite traité longuement. Nous signalons à ce sujet les excellentes indications fournies par les auteurs à propos du traitement des affections utérines par les eaux minérales.

Nous arrivons ensuite à l'étude des tumeurs utérines : les corps fibreux de l'utérus, les corps fibreux intra-pariétaux et les polypes fibreux, les corps fibreux péritoneaux, sous-péritonéaux, les tumeurs fibro-cystiques et les kystes de l'utérus sont décrits et étudiés avec le plus grand soin. Nous signalons surtout un chapitre où les auteurs ont fait une étude spéciale des corps fibreux dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. Les polypes muqueux et les polypes sanguins ou fibrineux de l'utérus font également le sujet d'un chapitre très-intéressant.

Le renversement de l'utérus, les déviations et l'abaissement de cet organe, l'hypertrophie du col utérin sont ensuite étudiés dans les chapitres VII, VIII et IX. Le traitement de ces différentes affections est exposé avec beaucoup de clarté et les auteurs ont su démêler, dans le chaos de la thérapeutique gynécologique, les méthodes de traitement véritablement utiles et efficaces. Nous recommandons particulièrement aux praticiens la lecture de cette partie de l'ouvrage.

L'atrophie de l'utérus est le sujet d'un court, mais intéressant

chapitre, dans lequel on trouvera plusieurs observations inédites.

Le livre III est consacré aux dégénérescences et aux hémorrhagies de l'utérus. Nous y trouvons un des chapitres les plus remarquables de l'ouvrage, celui qui a trait au cancer de l'utérus. C'est surtout au point de vue clinique que les auteurs ont étudié cette affection, et ils ont su donner à leur description symptomatologique un caractère frappant de précision et de vérité. L'étude histologique des diverses tumeurs malignes de la matrice, faite également avec le plus grand soin, est due à M. le Dr Chouppe.

Les hémorrhagies utérines forment le dernier chapitre de l'ouvrage. Les auteurs reviennent, à ce sujet, aux différentes affections de l'utérus dont l'hémorrhagie est le symptôme principal. C'est ainsi qu'ils étudient la valeur de l'hémorrhagie dans les endométrites, les fongosités utérines, aux diverses périodes du cancer de l'utérus, etc. L'hémorrhagie utérine *essentielle* est également le sujet d'une longue étude, et les auteurs fournissent, à l'occasion du traitement, d'utiles indications.

On lira avec intérêt l'article *Vaginisme*, qui constitue un excellent résumé des nombreux travaux qui ont été récemment publiés sur cette question. Les auteurs admettent que le vaginisme ne saurait être considéré comme une névrose, et que le spasme douloureux est toujours causé par une lésion plus ou moins ancienne des organes génitaux. Cette manière de voir permet d'établir le traitement rationnel de cette affection, qui est presque toujours curable.

Cette courte analyse ne peut que donner une idée très-imparfaite de ce traité, qui doit prendre une place importante dans la littérature médicale contemporaine. Le nom seul des auteurs suffit, du reste, pour lui assurer un légitime succès; il n'est donc pas nécessaire d'ajouter que la partie matérielle du livre est très-soignée et que les éditeurs n'ont rien négligé pour le rendre digne du public auquel il est destiné.

Dr LUTAUD.

REVUE DES JOURNAUX.

Calcul vésical volumineux expulsé spontanément chez une femme enceinte ; fausse-couche ; guérison, par le Dr SAINCLAIR.

Le Dr Sainclair a communiqué à la *Dublin Pathological Society* un cas qu'il pourrait appeler la parturition d'une pierre venue de la vessie d'une femme, et il présente en même temps ce corps étranger. La malade dont il s'agit, dit-il, fut admise, il y a quelque temps à « Sir P. Dun's Hospital ; » elle a vingt-cinq ans ; elle est mariée depuis peu ; elle est brune et n'a pas l'air vigoureux. Elle a des douleurs plus ou moins vives, presque constamment depuis deux années;

dernièrement, l'intensité de ses souffrances a beaucoup augmenté, et il est venu s'y joindre une incontinence d'urine. Vive anxiété ; amaigrissement très-notable ; un interrogatoire plus complet révéla l'existence d'une cystite ; à l'examen vaginal, il fut constaté que le doigt, immédiatement après avoir franchi la vulve, était arrêté par une tumeur non mobile, d'une consistance pierreuse, d'un volume considérable et qui venait comprimer le rectum en bas. On aurait dit une tumeur ayant pris naissance sur la face postérieure de la paroi antérieure du bassin et déprimant la paroi vaginale antérieure. Cet examen était fort douloureux. Un cathéter utérin, poussé par l'urèthre, était brusquement arrêté, à moins de 2 centimètres et demi de l'orifice, par un objet dur, un calcul volumineux, qui avait dilaté le col de la vessie et la partie postérieure de l'urèthre, pour s'enchatonner ensuite en ce lieu. L'urine s'écoulait sans cesse goutte à goutte. Le doigt ne pouvait dépasser la tumeur pour arriver jusqu'au col utérin ; mais l'examen du ventre ne laissa aucun doute sur la véracité de la femme quand elle dit être enceinte de quatre mois ou environ. Prenant en considération toutes ces circonstances, le Dr Sinclair résolut, peu de jours après l'admission de la malade, d'inciser sur la pierre elle-même, puis d'agir ensuite comme s'il avait affaire à une fistule vésico-vaginale.

Lorsque la malade se trouva sur la table d'opération, quelqu'un fit observer que peut-être la tumeur était due à une exostose de la face pelvienne du pubis, exostose qui aurait perforé la vessie et l'urèthre. On essaya alors de circonscrire l'obstacle au moyen d'une sonde de femme plate, en argent, et l'on réussit ainsi à démontrer l'absence absolue de rapports entre celui-ci et le pubis. Mais, dans cette manœuvre, la pierre fut chassée de sa loge et repoussée dans la vessie. Comme quelqu'un proposait la lithotritie, le Dr Sinclair s'y refusa nettement, d'abord parce que le noyau pouvait se trouver constitué par un corps étranger ; en second lieu parce que, vu la grosseur du calcul, il faudrait plusieurs séances pour le broyer et se débarrasser de ses débris, et que la vessie, malade, n'était pas en état de supporter impunément ces manœuvres ; enfin, parce que la femme était enceinte. Le soir du jour où la pierre fut ainsi chassée de sa loge, il y eut un peu de fièvre. Le lendemain, signes de fausse-couche ; en examinant la malade, on retrouve la pierre dans sa position première. Il y eut une hémorrhagie légère et quelques contractions utérines. Bientôt le fœtus fut expulsé, et, quarante-huit-heures plus tard, il fut suivi du placenta et des membranes.

Alors, le Dr Sinclair résolut de laisser sa malade tranquille jusqu'à ce que l'enchatonnement se fût reproduit, puis de donner suite plus tard à sa première idée d'opérer. Mais, moins de trois mois après

la fausse-couche, un soir, on vint le chercher en lui disant que la femme, dans un effort de défécation, avait rendu sa pierre. L'examen pratiqué vingt minutes environ après l'issue du calcul, révéla l'existence d'une plaie située à 2 centimètres et demi du méat, assez large, il est vrai, pour laisser passer le doigt, mais n'ayant pas plus de la moitié du diamètre du corps étranger. Le chirurgien se décida à ne rien tenter pendant dix à douze jours, dans l'espoir que cet orifice se rétrécirait de lui-même; en effet, au bout de ce temps, il n'admettait plus qu'une sonde n° 12 (n° 22 de la filière française de Charrière). Alors, le Dr Sinclair aviva les bords de l'ouverture et fit des points de suture qu'il enleva le onzième jour; la réunion était parfaite. En peu de temps, la vessie se trouva guérie et fonctionna d'une manière normale. La malade est entrée à l'hôpital le 11 juin, et, le 6 août, elle part pour la campagne. Depuis lors, elle a eu un enfant à terme, et sa santé est excellente.

Le calcul avait une longueur de 52 millimètres, une épaisseur de 31 millimètres et une largeur 41 millimètres; il pesait 64 grammes et demi. Il avait une forme ovale; les deux extrémités étaient rugueuses, surtout l'antérieure, qui était plus petite, sans doute par suite du choc continuel de la sonde, qui en avait détaché des parcelles. La coupe présentait trois couches distinctes: une externe, blanchâtre, formée de phosphate ammoniaco-magnésien; une moyenne, jaunâtre, qui était de l'acide lithique pur, et enfin, un noyau d'oxalate de chaux. Le noyau, d'après les docteurs Sinclair et Bonnet, provenait d'un calcul rénal; pendant l'accumulation de l'acide lithique, il n'y aurait pas eu de cystite, laquelle n'aurait apparu qu'avec le phosphate ammoniaco-magnésien. — La conclusion pratique que l'on peut tirer de la lecture attentive de ce fait, c'est que le mode de traitement, le plus sûr et plus convenable, doit consister à inciser directement sur le calcul, à l'extraire et à agir ensuite comme si l'on était en présence d'une fistule vésico ou uréthro-vaginale. (*The Dublin Journal of medical science*, Aug. 1874, p. 182.)

Dr E. Labarraque.

Transmission des médicaments de la mère au fœtus, par le Dr Benicke. — Dans une des dernières séances de l'association des physiciens et naturalistes allemands (Allgemeine Wiener Medizin. Zeitung, n° 40, 1875) le Dr Benicke a rendu compte des résultats obtenus sur 25 femmes grosses auxquelles il a administré, peu de temps avant l'accouchement, des quantités de salicine variant de 2 à 4 grammes. Les enfants nouveau-nés et la mère étaient cathétérisés aussitôt après la naissance et l'urine analysée avec le plus grand soin. Voici les résultats obtenus: 1° La transmission de la mère au

fœtus a été très-rapide. La salicine était toujours donnée au commencement du travail : dans deux cas où elle fut administrée 10 et 15 minutes avant l'accouchement on n'en trouva pas de traces dans l'urine de l'enfant ; dans deux cas où la naissance eut lieu 40 et 85 minutes après l'administration du médicament on ne trouva la salicine chez l'enfant que quelques heures après la naissance. Dans tous les autres cas on trouva la salicine dans l'urine des enfants immédiatement après la naissance, c'est-à-dire deux heures environ après que le médicament avait été administré à la mère. 2° L'urine de la mère ne contenait plus de salicine après 36 heures ; on en trouvait encore chez l'enfant après le troisième et le quatrième jour. On ne trouva aucune trace de salicine dans les eaux de l'amnios qui furent analysées avec soin dans tous les cas. (*American Journal of medical science*, avril 1876.) Dr Lutaud.

Diagnostic différentiel de l'hématocèle pelvienne et du phlegmon pelvien (*cellulitis pelvica*), par le Dr Fordyce Barker. — L'hématocèle péri-utérine et le phlegmon pelvien ont tous deux leur siége dans la cavité pelvienne et dans le voisinage immédiat de l'utérus. Dans les deux cas, on observe la formation d'une tumeur dans la cavité pelvienne souvent accompagnée de péritonite partielle et d'adhérences ; dans les deux cas, l'affection reconnaît souvent pour cause des désordres fonctionnels de l'utérus et de ses annexes.

Mais, si ces deux affections présentent plusieurs points de ressemblance, elles ont aussi des symptômes particuliers qui peuvent en faciliter le diagnostic. L'hématocèle est le plus souvent associée à quelque trouble de la fonction cataméniale, et, dans des cas très-rares, avec l'avortement, mais elle n'est jamais le résultat de la parturition. Le phlegmon est presque toujours une affection de la période puerpérale ; il est souvent le résultat de l'avortement ou de l'inflammation d'un des organes contenus dans la cavité pelvienne. L'hématocèle est souvent précédée ou accompagnée de métrorrhagie, et ce symptôme est extrêmement rare dans le phlegmon.

La tumeur produite par l'hématocèle survient très-rapidement, c'est-à-dire dans l'espace de quelques heures ; dans le phlegmon, la tumeur se développe lentement, dans l'espace de plusieurs jours.

Dans l'hématocèle, la tumeur est d'abord molle, élastique et fluctuante, puis elle durcit graduellement, à mesure que la période d'extravasation augmente. Dans l'inflammation cellulaire, la tumeur, qui est d'abord résistante, se ramollit et devient fluctuante lorsque le pus s'est formé. La tumeur formée par l'hématocèle est le commencement de la maladie, tandis que celle du phlegmon est le résultat de l'inflammation. Dans l'hématocèle, la tumeur est parfaitement distincte

de l'utérus, et elle produit souvent un déplacement considérable de cet organe. Dans l'inflammation cellulaire, la tumeur semble appartenir à l'utérus.

Enfin, l'hématocèle s'annonce par le *shock* et autres symptômes de la péritonite générale ou partielle ; le phlegmon s'annonce par les symptômes locaux et généraux de l'inflammation. (*Richmond and Louisville medical Journal*, janvier 1876.) Dr LUTAUD.

VARIÉTÉS.

Distribution des prix aux élèves de la Maternité de Paris.

La distribution des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu le 24 juin dernier. Voici le discours que M. Polaillon, chirurgien, professeur-adjoint, a prononcé à cette occasion :

Mesdames,

L'année qui termine le cours de vos études a été heureuse pour vous et honorable pour l'École de la Maternité. Cinquante-sept élèves sont venues affronter les difficultés de l'examen : cinq ont mérité la note *extrêmement satisfait* ; vingt-neuf la note *très* ou *bien satisfait*. Une seule élève n'a pu obtenir son diplôme. Cet échec si regrettable doit servir d'enseignement aux élèves qui vous succéderont, en leur apprenant qu'on ne peut réussir sans l'assiduité et la persévérance dans le travail.

Non-seulement l'Administration vous a fourni tous les moyens pour acquérir votre diplôme, mais encore elle a voulu stimuler votre zèle en mettant plusieurs prix au concours. Les plus studieuses d'entre vous se sont disputé ces prix avec une noble émulation. Que celles qui ont remporté les médailles reçoivent publiquement nos félicitations. Nous nous associons de tout cœur à leur joie. Mais nous nous plaisons aussi à reconnaître que celles dont les espérances de succès ont été déçues et dont les épreuves n'ont mérité que les accessits ou les mentions honorables, ont néanmoins fait preuve d'une instruction solide et étendue.

Mesdames, au moment de rentrer dans vos familles pour céder la place à une nouvelle promotion d'élèves, il vous reste, ce me semble, un devoir à remplir, c'est de vous reporter par le souvenir vers ceux qui ont créé cette école, à laquelle vous devez toute votre instruction professionnelle, et de leur rendre un hommage de reconnaissance. Rappelez-vous que si vous êtes devenues en deux années, et même en une seule année, des praticiennes recommandables par leur savoir, vous le devez à l'excellente organisation qu'ont su donner à l'ensei-



gnement de la Maternité les Baudelocque, les Antoine Dubois, les Paul Dubois, les Danyau, secondés par des sages-femmes d'élite et des médecins tels que Chaussier et Moreau.

Autrefois, les femmes dénuées de ressources n'avaient d'autres refuges pour faire leurs couches que les hôpitaux ordinaires où elles étaient placées dans les salles communes. Il n'y avait alors point de centre d'enseignement où les sages-femmes pussent se former. Aussi vos aînées étaient-elles obligées de prendre momentanément les fonctions des infirmières ou l'habit des religieuses pour s'initier à l'art obstétrical. Cet état de choses, qui a disparu à Paris depuis le commencement de ce siècle, existe encore dans plusieurs villes de France. On comprend sans peine combien, dans ces conditions, vos études devaient être pénibles et incomplètes.

En 1788, le médecin Ténon, dans un admirable mémoire sur les hôpitaux de Paris, posa la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'attribuer aux femmes en couches un asile particulier. Il proposa même un plan d'hôpital modèle dans lequel on placerait trois à quatre cents lits, distribués par petites salles, afin de séparer les femmes enceintes des accouchées, les accouchées saines des malades, les malades atteintes d'affections contagieuses de celles dont les affections ne se communiquent point.

Ce projet fut mis à exécution six ans plus tard par le Conseil général des hospices. Il fit choix de ces bâtiments de l'ancienne abbaye de Port-Royal pour être l'asile spécial des femmes en couches, et il plaça à la tête du nouvel établissement un chirurgien déjà célèbre par ses travaux en obstétrique, Jean-Louis Baudelocque. Telle fut l'origine de la Maternité. Mais ce n'était alors qu'un hôpital ; l'École d'accouchements n'était pas encore fondée. L'honneur de cette fondation revient à Chaptal, ministre de l'intérieur sous le Consulat. Chaptal, qui s'est occupé avec tant de zèle des œuvres philanthropiques, comprit quel parti on pouvait tirer de la Maternité comme centre d'enseignement obstétrical, et y institua, en 1802, une grande école d'accouchements destinée à former des sages-femmes pour toute l'étendue du territoire français. Cette jeune institution eut le rare bonheur d'être dirgée à ses débuts par Baudelocque comme chirurgien-accoucheur en chef, par Chaussier comme médecin, et par Madame Lachapelle qui restera une des gloires de votre corporation. Avec de tels maîtres elle arriva rapidement à une grande réputation, et, depuis trois quarts de siècle, tous ceux qui pratiquent l'art des accouchements, considèrent comme un titre précieux d'avoir été élève de la Maternité de Paris.

Quant à nous, professeurs actuels, nous avons à maintenir la renommée acquise par nos devanciers. Cette tâche sera-t-elle au-dessus de nos efforts? J'ose répondre non, lorsque je vois M. Tarnier, digne

successeur de Paul Dubois et de Danyau, consacrer ses soins à la direction scientifique de vos études.

Mais, Mesdames, si vous pouvez compter sur le zèle de vos maîtres à conserver les bonnes traditions, vos maîtres réclament en retour votre labeur incessant. Leurs leçons resteraient forcément stériles, si vous ne mettiez toute votre attention à les comprendre et à les bien retenir. Je sais que, malgré votre bonne volonté, l'intelligence des choses qu'on vous enseigne est souvent difficile pour vos esprits qui n'ont pas été préparés à l'étude des sciences. Mais la Règle de l'École confie aux deux Aides sages-femmes la mission de vous répéter notre cours d'accouchements et de vous donner des éclaircissements sur les points qui vous ont paru obscurs. En outre, parmi les élèves qui redoublent leur année, les plus instruites sont choisies pour servir de moniteurs à une section d'élèves nouvelles ou moins avancées. Cet enseignement mutuel, qui se continue en dehors des heures d'études sous forme de conversations familières, a déjà donné d'excellents résultats. Nous nous proposons de le perfectionner et de lui donner l'extention qu'il mérite.

Mesdames, tout en recherchant le progrès dans notre enseignement notre principale préoccupation est de soulager les femmes qui viennent réclamer nos soins. Pendant le cours de votre carrière vous entendrez souvent des propos malveillants contre la maison qui vous a élevées. On vous dira que la Maternité de Paris est un foyer permanent d'épidémie et que les accouchées y succombent dans une grande proportion. Vous saurez répondre à ces accusations injustes, et de nos jours dénuées de vérité. Lorsque, au siècle dernier, les administrateurs, sur la proposition de Ténon, décidèrent de réunir les femmes en couches dans un hopital à part, la mortalité était excessive. Lorsque la Maternité de Port-Royal fut ouverte, cette mortalité resta encore considérable. Mais depuis que l'Administration de l'Assistance publique a pris des mesures pour éviter l'encombrement des salles, en créant une Maternité annexe de celle-ci à l'hôpital Cochin, la mortalité à beaucoup diminué. En effet, la statistique officielle des hôpitaux montre que l'année dernière (1875) sur un total de 1,975 accouchements, effectués ici et dans la succursale de Cochin, le nombre des décès a été de 23, c'est-à-dire, de 1 décès pour 86 accouchements (1). Ce résultat surpasse celui que l'on obtient dans la plupart des grandes maternités de la France et de l'Étranger. Il est satisfaisant, même si on le compare au résultat des accouchements faits en

(1) 1218 accouchements effectués à la Maternité ont donné 17 décès, c'est-à-dire 1 décès pour 72 accouchées; 757 accouchements effectués à la Maternité annexe de Cochin ont donné 6 décès, ou 1 décès pour 126 accouchées.

ville, car les femmes enceintes qui viennent chercher un refuge dans nos établissements sont épuisées par les privations et la misères malades, abandonnées de tous, sans compter celles qui y sont amenée. parce que leur délivrance nécessite une opération. Mais le succès acquis ne doit pas nous laisser inactifs. Nous faisons d'incessants efforts pour en obtenir un meilleur. Aujourd'hui même, M. le Directeur de l'Assistance publique, qui honore de sa présence cette réunion solennelle, va inaugurer un pavillon de huit lits construit d'après les indications de M. Tarnier. Là, chaque accouchée aura une chambre séparée et sera entourée de toutes les conditions les plus favorables à son rétablissement ; et nous avons la ferme espérance que la mortalité n'y sera pas plus grande que dans les demeures particulières.

Mesdames, emportez nos souhaits et nos vœux, et souvenez-vous toujours que la guérison des mères et la vie des enfants dépendent des soins attentifs et des précautions minutieuses que vous saurez leur prodiguer.

Emploi de l'acide picrique dans les lésions du mamelon pendant la lactation, par M. le Dr Charrier. — L'insuccès de l'allaitement maternel et l'abandon forcé de ce devoir par les nouvelles accouchées est, comme le fait remarquer M. Charrier, souvent produit par une série d'accidents qui surviennent dans les premiers jours de la lactation et qui ont pour siége le mamelon et par suite toute la région mammaire. Ces lésions sont causées par la succion de l'enfant; elles sont multiples: l'érosion, l'excoriation, l'ulcération, la gerçure, la fissure et la crevasse. Pour M. Charrier, toutes ces lésions sont les différents degrés de la même maladie de plus en plus accentuée, suivant son siége, et surtout suivant la conformation du bout du sein. Pour conséquences, elles ont l'inflammation des conduits galactophores et des lymphatiques, inflammation qui se termine par des phlegmons et des abcès plus ou moins profonds.

L'emploi de l'acide picrique a fourni à M. Charrier des résultats remarquables que nous croyons utile de faire connaître. Voici d'après la *Gazette des Hôpitaux* le mode d'emploi de cet agent.

Il faut avoir avant tout de l'acide chimiquement pur, qui soit privé de soude et l'on emploie deux solutions :

L'une concentrée dont voici la formule :

Eau distillée	1000	grammes
Acide picrique. . .	13	—

L'autre plus faible :

Eau distillée	1000	—
Acide picrique. . .	1	—

Voici comment il convient de procéder. Le bout du sein est bien

abstergé, nettoyé avec une éponge fine imbibée d'eau tiède. Cela fait, on prend un petit blaireau très-fin, que l'on trempe dans la solution *concentrée*, et l'on promène plusieurs fois de suite le pinceau sur la crevasse et sur tous les points enflammés. Ce pansement est fait une fois par jour, le matin ; mais après chaque tétée, on trempe le mamelon pendant trois à quatre minutes dans un petit verre rempli de la solution picrique au millième.

Au bout de 12 à 24 heures, les douleurs si vives que la succion de l'enfant faisait naître se calment, et toutes les parties précédemment rouges, enflammées, redeviennent roses et indolores. La solution picrique ayant coagulé la lymphe éteint l'inflammation sur place, empêche l'extension au loin de la lymphangite et conséquemment la production des phlegmons et des abcès de la mamelle. L'acide picrique a aussi cet avantage de tanner l'épiderme très-fin du mamelon et de le rendre ainsi, bien moins susceptible d'altérations.

M. Charrier a eu l'occasion d'employer ce traitement dans sept cas de crevasses profondes, sur le mamelon même et à sa base ; l'allaitement était sur le point d'être cessé, à cause des douleurs et des menaces imminentes de phlegmon ; et il a été assez heureux pour voir guérir ses malades dans l'espace de six à douze jours, tout en faisant continuer l'allaitement.

Quant aux enfants, ils n'ont paru éprouver le moindre inconvénient de l'emploi de cet agent, et bien que l'amertume de cet acide soit très considérable ils n'ont pas refusé de prendre le sein.

Société de gynécologie américaine. — Un grand nombre de gynécologistes distingués des Etats-Unis se sont réunis à l'Académie de médecine de New-York, le 3 juin dernier, et ont fondé une société nationale ayant pour but de répandre la connaissance de tout ce qui concerne les maladies des femmes et l'obstétrique. L'association porte le nom de *American gynecological Society*. Le bureau a été constitué de la manière suivante pour la présente année : *Président*, Fordyce Barker ; *Vice-présidents*, Atlee et W.-H. Byfond ; *Secrétaire*, James R. Chadwick ; *Trésorier*, Paul F. Mundé.

Les réunions auront lieu annuellement. La première doit avoir lieu à New-York, le mercredi 13 septembre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Difficulté de la délivrance en rapport avec une rétroversion, excellents effets de l'attitude a tergo, par le Dr GELINEAU (d'Aigrefeuille) (*Rev. de thérap. méd.-chir.*, 1er novembre 1875, p. 459).

Embryotomie, moyens divers de la pratiquer, par KEILER (*Obstetrical Journal*, 1875, p. 457).

Note sur un nouveau moyen qui permet de constater l'existence de mouvements au niveau de la symphyse pubienne pendant la grossesse, par BUDIN (*Progrès médical*, 4 décembre 1875).

Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses du sein, par Charles MONOD (*Archives générales de médecine*, janvier 1875, p. 22).

Tumeur fibreuse intra-utérine, extraction par les voies génitales, par KŒBERLÉ (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1875, p. 71).

Oblitération du vagin observée pendant le travail chez une femme enceinte pour la seconde fois; incision de l'obstacle, par le Dr SPIRE (de Blâmont) (*Revue méd. de l'Est*, 1er juillet 1876).

Structure d'un vrai polype muqueux du col, par UNDERHILL (*Obstetrical socitey of Edinburgh*, in *Obstetrical Journal*, juillet 1876, p. 251).

Septicémie puerpérale, par WILTSHIRE (*Obstetrical society of London*, in *Obstetrical Journ.*, *juillet* 1876, p. 248).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Clinical notes on the Early course of cancer of the cervix uteri, par Charles LIEBMAN, médecin de l'hôpital civil de Trieste (travail extrait du 17e vol. des *Transactions of the obstetrical society of London*).

Some cases of retained ovum by Fleetwood CHURCHILL (travail extrait du numéro de mai 1876 de *Dublin Journal*).

Di cinque casi di cefalotrissia ottenuta col forcipe Guyon, par Giuseppe CHIARLEONI, médecin assistant à l'Ecole d'obstétrique de Milan.

Di un caso di dismenorrea pseudo-membranosa, par le Dr Charles LIEBMAN (travail extrait du *Giornale veneto di scienze mediche*, t. XXIV, 3e série).

Della medicazione extrouterina, par le Dr Charles LIEBMAN (travail extrait des *Annali universali di medicina*, vol. 235, 1876).

Dispensario ginecologico, par le Dr Charles LIEBMAN.

Du diagnostic de la congestion pulmonaire de nature arthritique et de son traitement par les eaux sulfureuses de Saint-Honoré (Nièvre), par le Dr E. COLLIN; Delahaye, éditeur. Paris, 1876.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

Bulletin trimestriel (1er trimestre de 1876) des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	57	4	1	»	1	6	7 »	1.76	»	1.76	10.52	»	»
Pitié	86	»	1	»	»	1	»	1.16	»	»	1.16	»	»
Charité.......	94	1	»	»	»	1	1.06	»	»	»	1.06	»	1
Saint-Antoine.	83	2	»	1	»	3	2.40	»	1.20	»	3.61	»	»
Necker.......	55	2	1	»	»	3	3.64	1.81	»	»	5.45	»	5
Beaujon......	68	3	2	»	»	5	4.41	2.94	»	»	7.35	2	»
Lariboisière...	216	4	»	»	»	4	1.85	»	»	»	1.85	»	4
Saint-Louis...	215	2	1	»	»	3	0.93	0.46	»	»	1.39	3	1
Loureine	9	»	»	»	»	»	»	•	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres.)	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL	884	18	6	1	1	26	2.03	0.67	0.12	0.12	2.94	5	11
Services spéciaux													
Cochin.......	171	2	2	»	»	4	1.16	1.16	»	»	2.33	»	»
Cliniques.....	165	1	»	»	1	2	0.60	»	»	0.60	1.21	»	1
Mson d'Accouchts.	354	3	6	»	»	9	0.85	1.69	»	»	2.54	»	»
TOTAL........	690	6	8	»	1	15	0.87	1.16	»	0.14	2.17	»	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	2412	6	0.24
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	681	3	0.44

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LE DÉVELOPPEMENT

DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

CONFÉRENCES FAITES AU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE ZOOLOGIQUE DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES (1)

Par M. G. Pouchet

Recueillies par M. Sinoir

Messieurs,

Dans le cours des leçons qui vont suivre, j'ai l'intention d'étudier avec vous comment naissent et se développent les organes génito-urinaires.

Mais, avant d'entrer de plain-pied dans l'étude particulière de

(1) Première, deuxième, troisième et quatrième leçons.

ces organes, je crois nécessaire de vous dire un mot du développement de l'animal tout entier, afin de nous reconnaître dans les parties dont nous aurons à suivre attentivement le développement, dès qu'elles seront apparues.

Je vous ai indiqué, dans les conférences de l'année dernière, les diverses phases par lesquelles l'œuf fécondé passe d'une manière successive et dont la plus importante pour nous, histologistes, est la segmentation du vitellus, qui a pour conséquence l'apparition des éléments anatomiques dont le corps de l'animal est constitué. Ainsi que je vous l'ai dit, après que la fécondation a eu lieu, on voit bientôt se former un sillon qui partage le vitellus en deux sphères auxquelles on a donné le nom de *sphères vitellines*. Ces sphères se multiplient au nombre de quatre, huit, seize, etc., qui, d'autant plus petites qu'elles sont plus nombreuses, continuent d'occuper un volume total à peu près égal à celui du vitellus primitif. Lorsque la segmentation est arrivée à ses limites ultimes, les sphères de segmentation ont peu à peu perdu leur apparence première; elles se sont transformées en *cellules* proprement dites, que nous appellerons les *cellules embryonnaires* ou *blastodermiques*. Mais, dans ce passage successif des sphères de segmentation aux cellules embryonnaires, il arrive, chez la plupart des animaux, qu'il se produit une *différenciation* et qu'on observe en réalité deux catégories ou sortes de cellules embryonnaires dérivant des spères vitellines. Ce n'est pas tout : on peut voir en même temps les cellules de chaque sorte venir se grouper, se souder les unes aux autres en deux places différentes de l'ensemble qu'elles forment ; en sorte qu'on peut diviser de très-bonne heure en parties distinctes l'être nouveau. Il est formé par deux variétés ou sortes de cellules embryonnaires reconnaissables à leurs caractères propres. Je mets sous vos yeux des vitellus segmentés d'Aplysie ; c'est un mollusque gastéropode. Vous y voyez, d'une part, un groupe de cellules embryonnaires petites, transparentes, entassées les unes contre les autres, et d'autre part deux gros globes sphériques, opaques, teints de violet quand ils sont vivants, et qui représentent les cellules embryonnaires de la seconde espèce.

Chez les animaux supérieurs, reptiles, oiseaux, mammifères, les cellules embryonnaires des deux espèces, au lieu de se disposer en deux amas primitivement informes, comme dans l'Aplysie, se rangent les unes au-dessus des autres en deux feuillets. Nous aurons donc à considérer les *cellules embryonnaires du feuillet superficiel ou externe* et les *cellules embryonnaires du feuillet profond ou interne.*

Tous les embryogénistes, Baër, Coste, R. Wagner, Bischoff, et plus récemment M. Hensen, ont porté leur attention sur l'ovule de la lapine qu'on se procure facilement et qui, parmi ceux qu'on peut couramment observer, se rapproche le plus de celui de l'homme.

A la centième heure après l'accouplement, on peut recueillir à l'extrémité des trompes utérines un certain nombre d'œufs. M. Hensen, pour les étudier, les a plongés pendant vingt-quatre heures dans un mélange de sérum et d'une petite quantité de liqueur de Müller, qu'on augmente ensuite progressivement. Voici, d'après le même auteur, la mensuration des différents diamètres de l'œuf de la lapine aux différentes heures où il en a examiné. Ces chiffres expriment des moyennes.

96e heure : $\frac{2}{10}$ de millimètre de diamètre.
111e heure : $1\frac{1}{4}$ millimètre —
123e heure : $2\frac{4}{5}$ millimètre —
128e heure : $3\frac{3}{4}$ millimètre —
133e heure : 4 millimètre —

Examinons maintenant ce qui se passe dans cet œuf de lapine et les modifications que subit le vitellus. D'abord, sa division en deux sphères, puis en quatre, en huit, etc.; et enfin la transformation de ces sphères en cellules embryonnaires ou blastodermiques.

Nous avons dit que le volume total de ces cellules égalait sensiblement celui du vitellus primitif. On vient de voir cependant que le volume de l'œuf a, de son côté, sensiblement augmenté. Il est à remarquer que les cellules embryonnaires se rangent de manière à former une couche mince et continue immédiatement au-dessous de la membrane vitelline : elles circon-

scrivent ainsi un espace central plein de liquide. Cet espace porte le nom de *vésicule blastodermique*.

Quant aux cellules, elles se soudent entre elles par contact et forment une membrane dite *blastoderme*, d'une certaine épaisseur, surtout en un point particulier qui fait saillie et qu'on appelle pour cela *éminence blastodermique*. C'est à ce niveau que se formera l'embryon. On trouve en même temps que dans ce même point s'est produite la différenciation dont nous avons parlé entre les cellules blastodermiques d'une sorte et celles d'une autre sorte. Les premières forment la membrane continue de la vésicule blastodermique; les autres sont localisées au-dessous de l'éminence; elles ont des caractères différents des premières et constituent le feuillet profond, de même que les premières forment le feuillet superficiel recouvrant de toute part et débordant le précédent. C'est en cet état que se trouvent les choses dans l'ovule de la lapine à la 124e heure après la fécondation. A ce moment, l'éminence blastodermique a une forme ronde.

A la 178e heure, on constate quelques changements. L'éminence embryonnaire a pris une forme allongée, qu'on a comparée à une semelle de soulier, sur l'axe de laquelle, vers le talon ou partie postérieure, on voit une ligne se dessiner. Déjà, en 1840, Bischoff, avec un pinceau, avait réussi à séparer à cette époque du développement le feuillet externe du feuillet interne. M. Hensen est allé plus loin, et il a pu faire des coupes sur des ovules de cet âge. Il a constaté que, dès cette époque, vers la partie postérieure du futur embryon, le feuillet profond s'écarte du feuillet superficiel et qu'entre les deux existent des cellules embryonnaires d'une troisième espèce formant le *feuillet moyen*.

Nous avons donc :

Un feuillet externe ou séreux,
Un feuillet interne ou muqueux,
Un feuillet moyen ou vasculaire.

Notons que, chez tous les vertébrés, le développement s'accentue d'abord à la partie postérieure, où l'accumulation des éléments

du feuillet moyen prépare la formation des organes nécessaires de la vie végétative, tandis que le volume de la tête ne résultera, en avant, que de l'évolution du feuillet externe transformé, un peu plus tard, en encéphale et en organes des sens.

Du feuillet externe naîtront : le cerveau, le cristallin, la peau et ses annexes.

Du feuillet interne : l'épithélium de l'intestin et des glandes qui s'y déversent, etc.

Du feuillet moyen : les muscles, le tissu conjonctif, les organes génito-urinaires, etc.

On a fait jouer un grand rôle à ces feuillets comme point de départ du développement de systèmes anatomiques spéciaux. Le premier qui appela l'attention sur eux fut Gaspard Frederick de Wolff, mort à Pétersbourg, en 1794. Mais c'est à Pander que revient l'honneur d'avoir créé ce qu'on pourrait appeler la théorie des feuillets, dans une dissertation inaugurale soutenue à Wurzbourg, au commencement de ce siècle.

Depuis, Remak et His l'ont reprise en la modifiant à mesure que les connaissances embryogéniques s'étendaient davantage. On peut se convaincre aujourd'hui que ces spéculations théoriques n'ont que peu de valeur; il n'existe pas de relations nécessaires entre les systèmes anatomiques et la place primitive des éléments d'où ils dérivent dans le blastoderme. Les éléments nerveux naissent aussi bien du feuillet externe (centres) que du feuillet moyen (ganglions); enfin il suffit de voir dériver du même feuillet les éléments de la substance grise cérébrale, par exemple, et aussi ceux des poils ou des ongles, pour saisir le peu d'importance d'une théorie générale tendant à rapporter partout certains systèmes anatomiques à tel ou tel feuillet déterminé.

Ici, Messieurs, pour suivre avec fruit l'apparition première des organes génito-urinaires, nous sommes obligé d'avoir recours à un animal dont l'étude soit relativement facile et dont les dimensions soient en même temps assez grandes. Cet animal est tout indiqué : c'est la poule, où nous pouvons observer, jour par jour, minute par minute, le développement de l'embryon.

L'œuf de la poule est, comme je vous l'ai indiqué l'année

dernière, un œuf méroblaste, c'est-à-dire que la segmentation y est partielle. Son vitellus peut se partager en vitellus blanc et vitellus jaune. Mais cette distinction est moins importante qu'on ne l'avait pensé. Le seul fait capital à signaler ici est l'existence d'une certaine quantité de matière grenue, distincte à la fois du vitellus blanc et du vitellus jaune, et au sein de laquelle se trouve la vésicule germinative.

Au moment de la fécondation, la segmentation se fait dans cette partie granuleuse seulement; elle s'accomplit pendant que l'œuf descend dans l'oviducte. Le résultat est qu'au moment de la ponte cette portion granuleuse s'est transformée en sphères vitellines, qui se sont elles-mêmes divisées en cellules embryonnaires de deux sortes. Nous retrouvons donc ici nos deux variétés de cellules embryonnaires, formant deux feuillets, le tout connu sous le nom de *cicatricule.*

La cicatricule est constituée comme suit : à la surface, on trouve, immédiatement au-dessous de la membrane vitelline, une couche de cellules blastodermiques soudées les unes aux autres, formant le feuillet externe ou séreux qui s'étend au delà de la cicatricule. Au-dessous, mais ne dépassant pas la cicatricule, on trouve des cellules de la seconde variété, lâchement unies les unes aux autres, formant un réseau ou une couche incomplète et constituant le feuillet profond.

Au-dessous de ces deux couches du blastoderme, existe une cavité remplie de liquide qu'on appelle cavité blastodermique, et qui paraît exactement l'analogue de la vésicule blastodermique des mammifères.

Le fond de cette cavité est formé par le reste de la substance granuleuse non comprise dans la segmentation partielle. M. Gœtte, de Strasbourg, y a vu des commencements de sillons incomplets autour de noyaux déjà formés. Ajoutons que, vers le bord de la cicatricule, le feuillet externe du blastoderme se soulève légèrement; on a donné à cette partie le nom de *bourrelet marginal.*

En résumé, l'œuf, au moment où nous l'envisageons, est constitué par : 1° le feuillet externe s'étendant au loin sur le vitellus; 2° le feuillet interne limité au plafond de la cavité blastoder-

mique. En dehors de cette cavité blastodermique le feuillet externe repose sur une zone particulière qui porte le nom de *mur blastodermique*.

Tel est l'œuf au moment de la ponte. Le développement qui s'est d'abord poursuivi avec une grande rapidité à la température du corps de l'oiseau va maintenant s'arrêter et pourra rester suspendu pendant plusieurs jours pour ne reprendre qu'au début de l'incubation.

Quand l'œuf pondu est placé dans les conditions favorables à son développement, quant il retrouve la chaleur du corps de la mère, sous l'influence de laquelle s'est accompli le premier développement, celui-ci continue. Les deux premiers phénomènes que l'on observe alors peuvent être ainsi désignés: 1° différenciation du feuillet profond en deux feuillets ; 2° envahisssement du mur germinatif. Nous laisserons de côté ce second phénomène pour nous occuper seulement du premier.

Nous avons indiqué la différence entre les cellules solidement unies les unes aux autres qui forment le feuillet superficiel et le réseau de cellules lâchement unies qui constituent le feuillet profond appliqué contre le plancher de la cavité blastodermique. Aussitôt que l'incubation commence, les cellules du feuillet profond se multiplient et en même temps se différencient en cellules du feuillet moyen et en cellules du feuillet interne.

Si nous voulons établir la généalogie des différents feuillets, nous aurons donc: 1° le vitellus, d'où naissent les sphères vitellines; 2° les cellules embryonnaires provenant de ces sphères et divisées en cellules embryonnaires du feuillet superficiel ou externe et en cellules embryonnaires du feuillet profond ; 3° ces dernières se divisant et se différenciant à leur tour en cellules du feuillet profond et cellules du feuillet moyen. De sorte qu'en définitive nous avons trois feuillets : superficiel, moyen et profond, parfaitement reconnaissables par le caractère individuel des cellules qui les composent.

Vers la huitième heure, la cicatricule de l'œuf de poulet a augmenté, les aires transparente et opaque ont grandi. Vers la douzième heure, la cicatricule a atteint des dimensions encore plus considérables : elle a pris la forme d'une semelle de sou-

lier. A la quinzième heure, on aperçoit, suivant le grand axe des deux aires à peu près concentriques, une ligne désignée sous le nom de ligne primitive, de *nota primitiva*, de bandelette primitive (Pander), de plaque axile (Remak).

Vers la vingtième heure, on remarque dans l'aire opaque de petites taches rouges ou îlots sanguins. Ces îlots, apparus de la sorte, loin du centre de figure de l'embryon, se réunissent bientôt pour former un système de vaisseaux qui aboutissent au cœur de l'embryon. Leur réunion forme, d'autre part, à la périphérie, un large vaisseau souvent rempli de sang avant de communiquer avec le cœur, et désigné sous le nom de *sinus veineux terminal*.

Ces premières phases du développement se succèdent avec une si grande rapidité qu'il est impossible de les exposer dans leur ensemble. Nous indiquerons successivement l'apparence extérieure des organes dont l'évolution nous intéresse, puis celle qu'ils présentent sur des coupes.

Si nous regardons l'embryon normalement à la face dorsale, on voit d'abord le long de la nota primitiva un sillon se former, limité de chaque côté par une crête. Toute la partie comprise entre ces deux crêtes répond à la moelle épinière.

De chaque côté, à droite et à gauche de la moelle ainsi indiquée, on voit se dessiner des organes quadrilatères que les premiers anatomistes ont regardés comme des vertèbres, de là le nom de *vertèbres primitives* qu'ils leur ont donné. Nous les nommerons plus brièvement *prévertèbres*. En réalité ces organes ne sont point des vertèbres et n'appartiennent pas au système de soutien de l'embryon. Ce sont bien plutôt les ganglions rachidiens.

Sur des coupes pratiquées vers la même époque du développement, voici ce que l'on constate. Au moment où se forme la nota primitiva, la distinction, à ce niveau, entre le feuillet externe et le feuillet moyen a absolument disparu : il y a fusion complète des éléments des deux feuillets. Les cellules provenant de ces deux origines sont enchevêtrées les unes dans les autres. C'est M. Dursy, en 1866, qui a le premier appelé l'attention sur ce point intéressant.

Il est possible que cette fusion résulte de la propriété que paraissent posséder les cellules embryonnaires de se mouvoir et de se déplacer les unes par rapport aux autres. Je ne puis citer d'observations directes sur les vertébrés, où cette recherche serait d'ailleurs facile au moyen de la chambre humide chauffée. Mais on observe très-bien, ainsi que je l'ai vu, ces mouvements sur les cellules embryonnaires des larves de mouches, dont les mouvements sarcodiques continuent même de se produire un certain temps, dans la solution concentrée de bichromate de potasse.

A partir du moment où la fusion des deux feuillets externe et moyen est accomplie, on voit les deux bords de la région qui leur est commune se soulever, tandis que le centre, au contraire, se déprime, de manière à former ainsi un sillon entre deux crêtes. Alors il se fait une nouvelle différenciation. La portion du blastoderme moyen qui s'est confondue, unie avec le blastoderme externe, devient d'une part la substance nerveuse des centres, et de l'autre la corde dorsale : premier organe squelettique. De chaque côté de l'axe nerveux et de la corde dorsale le feuillet moyen se renfle d'abord pour former les prévertèbres. Plus en dehors, il se divise en deux lames : l'une s'accole au feuillet externe, l'autre au feuillet interne, et, entre les deux, se produit une cavité à laquelle M. Hæckel a proposé de donner le nom de *Cœlôme*.

Une portion de cette cavité, limitée par l'étranglement ombilical, deviendra la cavité pleuro-péritonéale. En dehors de l'ombilic, je vous ai proposé, dès l'année dernière, d'appliquer à cette portion du cœlôme le nom de *cavité innominée*.

La réunion de la lame externe du feuillet moyen et du blastoderme externe prend le nom de feuillet musculo-cutané; il donne les parois abdominales. La lame interne du feuillet moyen, accolée au blastoderme interne, forme le feuillet fibro-intestinal, qui deviendra la paroi intestinale. C'est à ce moment que vont apparaître les premiers organes génito-urinaires; ces organes sont les corps de Wolff, désignés aussi en Allemagne sous le nom de reins d'Oken ou reins primitifs. Ce sont en effet de véritables reins chargés d'éliminer les produits de combustion. Ces

corps de Wolff ont, chez l'embryon, par rapport à la fonction qu'ils doivent remplir, un rôle transitoire, analogue au rôle que jouent d'autres organes chez certains animaux inférieurs. Ainsi, chez les batraciens, il existe d'abord des branchies auxquelles se substituent ensuite des poumons. Aux corps de Wolff se substituent de même les reins définitifs.

Les corps de Wolff, au début, se présentent sous la forme de deux conduits revêtus d'épithélium, parallèles à l'axe du corps. Recherchons l'origine de cette formation sur des coupes, comme celles que je mets sous vos yeux.

En 1870, Waldeyer et His pensaient que le corps de Wolff dérivait d'un amas longitudinal de cellules embryonnaires du feuillet moyen se formant vers la région dorsale de l'embryon, en dehors de la prévertèbre, immédiatement au-dessous et *au contact* du feuillet externe du blastoderme, puis que cet amas longitudinal s'enfonçait dans le feuillet moyen pour venir se placer au voisinge de la cavité pleuro-péritonéale, revêtue dans cette région de l'*épithélium germinatif*.

Depuis 1873, au contraire, Gœtte et Rosemberg ont cru voir que, chez les batraciens, le corps de Wolff se formait par une invagination de la paroi même du cœlôme, et Romiti, anatomiste italien, également en 1873, a publié un travail dans le journal de Max Schultze, où il dit avoir retrouvé le même mode de formation chez le poulet.

Il est certain que la question est très-délicate à résoudre parce que cette invagination, si elle a lieu, se ferait très-haut dans le cœlôme, presque au voisinage du cœur. Cette invagination forme, d'après Romiti, un entonnoir épithélial plein, dont l'extrémité pointue se contourne aussitôt pour s'avancer en arrière, parallèlement à l'épithélium germinatif et au-dessus de lui. Cette poussée épithéliale linéaire, pleine, formée de cellules juxtaposées, s'avancerait ainsi d'avant en arrière jusque vers une cavité qui n'est autre que le cloaque.

Bientôt après, ce filament épithélial perd sa continuité avec l'épithélium gérminatif, au point où s'est faite l'invagination primitive, et se creuse en canal présentant une lumière très-nette sur les coupes transversales; puis ce canal donne des branches

transversales greffées sur lui et qui se dirigent toutes en dedans. Ces conduits sont étroits, contournés sur eux-mêmes; les cellules qui les forment sont polyédriques, à noyau sphérique. Celui-ci mesure environ 5 μ (1) de diamètre, les cellules elles-mêmes ont le double, et les conduits qu'elles limitent ont au début un diamètre de 5 μ à peu près. Plus tard, ces conduits se dilatent pour envelopper des glomérules vasculaires analogues à ceux du rein.

Sur des coupes d'un embryon de mouton, de 20 mm. de long, que je mets sous vos yeux, on voit que l'organe est en plein fonctionnement, tandis que les reins ne sont pas encore formés; on aperçoit, de chaque côté de la colonne vertébrale, les corps de Wolff présentant, comme les reins, des glomérules et des conduits. Vous remarquerez sur ces coupes une différence dans la direction des conduits entre la région ventrale et la région dorsale de l'organe; dans la première, les canaux sont longitudinaux dans la préparation et dirigés de droite à gauche; dans la seconde, *ils se montrent par la coupe*, ils sont donc parallèles à l'axe du corps. Les glomérules sont situées vers le hile de l'organe, en dedans. Le conduit excréteur est placé en dehors et en avant; il est considérable, aplati; il ne possède pas de parois lamineuses spéciales; son épithélium est constitué comme celui des canaux excréteurs. Les parois de ces derniers sont tapissées de cellules polyédriques à noyau sphérique, mesurant les dimensions que nous avons indiquées. Les canaux sont séparés par une mince couche de tissu lamineux embryonnaire. Ils ont de 15 à 20 fois environ le diamètre des cellules. Sur la pièce que je vous présente, vous pourrez voir, au milieu des conduits, des formations ressemblant à des débris de cellules; ces formations, situées au centre de la lumière des vaisseaux, sont probablement dues à une dialyse qui s'est faite après la mort, produisant des gouttes qui se sont elles-mêmes entourées d'une mince pellicule. Ceci est important à noter, parce qu'il en peut résulter des erreurs dans les descriptions histologiques. M. Kölliker prétend avoir vu, dans

---

(1) μ. Ce signe représente le millième de millimètre.

le canal excréteur du corps de Wolff du lézard vert, un épithélium vibratile. Ce fait que nous n'avons pas été à même de vérifier, nous semble toutefois douteux.

Voyons maintenant, Messieurs, ce que va devenir le corps de Wolff. D'abord il est un terrain sur lequel se développeront les testicules, les ovaires et les trompes. Le corps lui-même deviendra, chez le mâle : 1° l'épididyme, 2° le corps de Giraldès (paradidyme), 3° le canal déférent. Chez la femelle, il donnera : 1° le corps de Rosenmüller (époophore, Waldeyer), 2° le paroophore ou parovarium, 3° le conduit de Gærtner, chez le cochon et les ruminants.

Voilà ce que nous avons de plus important à dire touchant le corps de Wolff. Je ferai maintenant une remarque au sujet de la question de l'origine des cellules qui le constituent. Tout en adoptant l'opinion de Gœtte, de Rosenberg et de Romiti, qui croient que le corps de Wolff se développe par une involution de l'épithélium germinatif, on peut se demander s'il ne dérive pas aussi, dans une certaine mesure, peut-être par ses glomérules, de cette région du feuillet moyen qui avoisine le blastoderme externe et d'où MM. His et Waldeyer le faisaient provenir. Cette hypothèse nous est suggérée par la considération de la fréquence des kystes dermoïdes et pileux de l'ovaire ou du testicule.

Vous savez tous, Messieurs, que les kystes dermoïdes ontun siége de prédilection qui est l'ovaire; eh bien! ne serait-on pas en droit de penser que ces productions sont un héritage légué à l'ovaire par le corps de Wolff, et résultant du voisinage primitif de celui-ci et du blastoderme externe?

Dans tout développement embryogénique, il faut tenir compte de deux phénomènes qui le dominent. Le premier est le phénomène d'*hérédité ;* le second est ce que nous appellerons, si vous le voulez, la *condition antérieure*. L'hérédité est ce fait inexplicable en vertu duquel se retrouvent, chez les descendants, les caractères propres aux ancêtres. Il y a bien longtemps que M. Chevreul a exprimé cette opinion, que, parmi tous les phénomènes biologiques, le plus inexplicable, le plus impénétrable, e celui qui restera sans doute le plus longtemps détaché, à nos

yeux, de toute dépendance des phénomènes physico-chimiques, c'est l'hérédité. « Ce qu'il y a de mystérieux dans l'économie vivante, dit-il, n'est pas la nature des forces en vertu desquelles les fonctions vitales s'accomplissent, mais leur coordination, leur résultante pour maintenir des formes spécifiques de plantes et d'animaux *dans l'espace et dans le temps.* » (Consid. générales relatives à la matière des êtres vivants, 1837.)

Or il faut bien comprendre que cette puissance d'hérédité est tout entière contenue dans le vitellus seul, que plus tard elle se partage entre les sphères vitellines, puis entre le nombre croissant, mais encore relativement minime, des cellules embryonnaires. De telle sorte qu'une seule d'entre elles peut évidemment contenir *en puissance* l'hérédité qui se répandra plus tard sur un organe entier; une seule cellule peut être le siége de la puissance formative qui donnera naissance à un organe.

La notion de condition antérieure résulte de ce fait que tous les phénomènes de la vie sont soumis à une marche fatale, telle que tous se produisent dans une succession déterminée et que chacun est la conséquence directe d'un ensemble de phénomènes immédiatement antécédents, qui en sont, d'une manière absolue, la condition nécessaire, en sorte que, si un de ces phénomènes antécédents vient à manquer, les consécutifs sont modifiés: et qu'ils ne se produisent pas si les premiers ne se sont pas produits. Je prends un exemple: vous vous rappelez que la première chose qu'on trouve chez l'embryon, c'est la ligne primitive. Supposons que cette ligne se bifurque en arrière; que va-t-il arriver? La ligne primitive étant la condition antérieure de la formation des deux crêtes qui apparaissent de chaque côté d'elle, nous aurons en arrière deux crêtes à droite et deux à gauche répondant à chacune des bifurcations de la ligne primitive. La formation de ces deux crêtes est à son tour la condition antérieure de la formation des prévertèbres: il apparaîtra donc deux rangs de prévertèbres répondant aux deux branches de la bifurcation, et le même fait se reproduisant de proche en proche, on finira par avoir un monstre double en arrière, avec deux colonnes lombaires, deux bassins, quatre jambes, etc.

La condition antérieure pour l'apparition d'une dent est qu'une certaine quantité d'épithélium ait pénétré dans la gencive, y formant un prolongement plein, précisément analogue à celui d'où dérive le corps de Wolff. Si ce prolongement, par une cause extérieure quelconque, se bifurque, nous aurons deux dents. Si ce prolongement se dévie, on aura une hétérotopie dentaire.

Ces faits bien reconnus, voyons s'ils peuvent nous servir à expliquer d'une manière suffisante la fréquence des kystes dentaires et pileux. Que faudra-t-il pour cela, en effet? Simplement que les cellules formant le corps de Wolff se trouvent, à un moment très-reculé de la vie embryonnaire, en contact immédiat avec les cellules du blastoderme externe qui doivent former plus tard soit l'épiderme de la région cervicale, soit l'épithélium de la gencive, et qui contiennent *potentiellement* des poils et des dents; qu'une seule cellule de cet épithélium du blastoderme externe, avec sa puissance d'hérédité spéciale, se trouve en contact avec l'extrémité supérieure du corps de Wolff, et soit entraînée par lui, elle se développera, pourvu qu'elle trouve ailleurs les conditions favorables, en formant des poils ou des glandes sudoripares ou sébacées, ou des dents. C'est une explication théorique, sans doute, mais qui montre l'intérêt qu'il y aurait à délimiter très-exactement l'extension et les rapports du corps de Wolff à son apparition. Il débute, avons-nous dit, au niveau du cœur; il importe de se rappeler que l'oreille, à cette époque, se trouve au même niveau également, et par suite les éléments qui doivent contribuer à la formation des gencives et de la peau du cou.

Je terminerai ce qui a trait au corps de Wolff en vous indiquant, en quelques mots, comment le rein va se constituer pour le remplacer. Si l'on fait passer une coupe par la partie inférieure du corps de Wolff, cette coupe ne présente plus le même aspect que nous avons signalé plus haut; l'organe ne s'étend plus autant en arrière : il se porte en avant. Derrière la partie inférieure du corps de Wolff, vers la colonne vertébrale, on distingue un corps nouveau constitué par un amas considérable de tissu lamineux embryonnaire ; dans ce tissu, on

aperçoit de petits canalicules rares au début et qui formeront le rein. Ces canalicules rénaux sont une expansion directe de la région la plus inférieure du conduit de Wolff. Au point où il aboutit dans le cloaque, il envoie, à un moment donné, en arrière, un petit prolongement épithélial qui monte et se ramifie dans ce tissu lamineux : c'est l'origine du rein définitif.

Ces tubes sont étroits au début; ils s'avancent en doigts de gants mesurant comme diamètre environ le diamètre d'une des cellules qui en forment la paroi. Plus haut et plus tard, les tubes, en même temps qu'ils se ramifient, s'élargissent. Le tissu lamineux, si abondant autour d'eux, est en rapport avec l'abondance même du tissu vasculaire qui va se développer.

Cette origine première du rein a été indiquée d'abord par Kupffer dans le 1er vol. des Archives de Max Schultze. M. Toldt a publié récemment (1874) dans les Mémoires de l'Académie de Vienne un travail sur le développement du rein qui ne m'est connu que par des comptes-rendus. M. Toldt, pour étudier l'organe à l'état embryonnaire, a employé l'acide chlorhydrique dilué, comme dissociant.

Nous n'avons que peu de renseignements sur le développement des corpuscules de Malpighi. D'après M. Toldt, à un certain moment, les épithéliaux s'étalent par leur extrémité conduits en forme de cupules. Dans l'évasement de celle-ci se place une anse vasculaire. L'organe en cet état a reçu le nom de *pseudo-glomérule*. Ainsi que vous pouvez le voir dans des préparations mises sous vos yeux, les deux couches cellulaires reployées l'une sur l'autre, qui forment cette cupule, sont exactement appliquées l'une contre l'autre, tandis que les tubes qui se sont primitivement avancés dans la masse lamineuse étaient creux.

A mesure que se fait le développement, la cupule s'arrondit autour de l'anse vasculaire, le tissu lamineux diminue. L'expansion épithéliale se compose, avons-nous dit, de deux couches : une couche concave ou externe par rapport au centre du glomérule, se continuant avec le conduit épithélial excréteur, et une couche convexe ou interne, tapissant le pseudo-glomérule. La couche concave perd de bonne heure les caractères

qu'elle avait primitivement : les cellules qui la composent changent de forme : de polyédriques par pression réciproque, elles deviennent plates, extrêmement minces, semblables aux cellules dites endothéliales, que met en évidence une injection de nitrate d'argent sur les séreuses. La couche convexe tapissant le glomérule garde plus longtemps, tout au moins jusqu'à la naissance chez l'homme, ses caractères d'épithélium pavimenteux. M. Kölliker la décrit comme persistant à cet état chez le porc.

Au troisième mois, les canalicules aboutissant aux corpuscules de Malpighi présentent une différenciation dans leur épithélium. Vous savez que du corpuscule de Malpighi part un canal flexueux auquel fait suite un tube mince suivant un trajet rectiligne, puis se recourbant sur lui-même (*tube de Henle*). Celui-ci, revenu vers son point de départ, reprend le caractère des tubes larges avant de s'aboucher dans les tubes collecteurs de l'urine. C'est au troisième mois que se manifeste cette différenciation entre la partie large et la partie étroite des canalicules urinifères. A cette époque, d'après Toldt, les cellules de la partie mince se coloreraient moins bien par l'hæmatoxyline que les cellules de la partie large. Elles auraient donc une composition chimique différente, et partant des fonctions différentes dès cette époque dans la sécrétion urinaire.

Au cinquième mois, l'anse des tubes de Henle descend jusque dans la papille. Tel est à l'heure présente à peu près tout ce que nous savons du développement du rein. Beaucoup de choses restent, comme vous le voyez, à trouver; ceux qui voudront étudier ce sujet pourront y récolter une abondante moisson.

Il n'entre pas dans le programme de ces conférences de traiter du développement des capsules surrénales, car si elles sont voisines de l'appareil génito-urinaire, elles n'ont rien de commun avec lui. Ce sont tout simplement des glandes sanguines; aussi leur étude ne saurait-elle prendre place ici.

Abordons la question si importante et si intéressante à la fois du développement de la sexualité. Celui-ci est annoncé pour la première fois par l'apparition d'un canal qui se creuse dans l'enveloppe lamineuse du corps de Wolff, et qui a reçu le nom de

canal de Müller. Il a été découvert par Johannes Müller. Chez l'homme, ce canal avortant deviendra l'utricule prostatique, petit organe en forme de poche ovoïde, situé sur la ligne médiane entre les deux canaux déférents et s'ouvrant au sommet du *verumontanum*. Chez la femme, il deviendra les trompes, le vagin; chez la poule, l'oviducte unique. Chez la femelle des oiseaux, en effet, il y a avortement du canal de Müller d'un côté.

Il convient de considérer le conduit de Müller à deux périodes : celle où il n'y a pas encore de sexualité distincte, et celle où il y en a une.

C'est au voisinage du canal excréteur du corps de Wolff, vers la partie antéro-externe de l'organe, que son enveloppe lamineuse se creuse pour former le canal de Müller. Vers le cinquième jour chez le poulet, on le voit apparaître. A la partie supérieure du corps de Wolff, une portion de l'épithélium germinatif s'invagine comme a fait l'épithélium qui a primitivement donné naissance au corps de Wolff lui-même; le cône d'invagination se recourbe de même pour prendre une direction parallèle au corps de l'embryon; il forme une poussée linéaire qui s'avance entre les canalicules du corps de Wolff et la surface de l'organe, marchant d'avant en arrière vers le cloaque. Cette poussée épithéliale se creuse ensuite d'une cavité : celle-ci arrive contre la paroi du cloaque, mais ne s'y ouvre pas tout d'abord; elle ne communique que beaucoup plus tard avec lui. Par en haut, le canal de Müller, contrairement au canal de Wolff, reste ouvert dans la cavité pleuro-péritonéale. Cette ouverture persistera chez la femelle; elle n'est autre que le pavillon de la trompe s'épanouissant dans le péritoine. En même temps que ce canal se forme, il se passe un phénomène important : c'est l'épaississement de la région de l'épithélium germinatif au-dessous de laquelle il chemine. Cet épaississement avait donné naissance à l'erreur où était tombé M. Waldeyer que le canal se formait par un reploiement successif de l'épithélium se propageant de proche en proche, puis s'isolant progressivement de l'épithélium germinatif voisin. C'est, avons-nous dit, une erreur : le canal se forme par

une involution localisée de l'épithélium germinatif qui s'avance ensuite en forme d'entonnoir dans le tissu lamineux sous-jacent, d'avant en arrière, vers le cloaque, mais sans s'y aboucher tout d'abord.

Au huitième jour, chez le poulet, on constate qu'à droite le conduit de Müller est plus court et qu'il ne se développe plus chez la femelle. Il continue de se développer à gauche : le sexe de l'oiseau se reconnaît dès cette époque à ce signe. Au quinzième jour, chez le poulet, le conduit de Müller est large à gauche, mais n'a pas encore d'ouverture dans le cloaque; l'oviducte ne s'ouvrira dans le cloaque qu'au sixième mois de l'existence extérieure du poulet.

Nous sommes moins bien renseignés sur ce qui se passe chez les mammifères. M. Dohrn, qui a étudié la réunion des canaux de Müller, a indiqué que, chez la femelle de ces animaux, les deux canaux se rejoignent, se soudent, non dans leur partie inférieure, mais dans une région répondant à peu près au tiers de leur longueur comptée d'en bas. Cette soudure marche vers la partie supérieure chez quelques animaux pour former un corps utérin unique, et chez tous s'avance inférieurement pour former le col et le vagin.

Il y a une question qui paraît avoir été complètement laissée de côté par les anatomistes, c'est la question de savoir comment l'épithélium germinatif dont l'involution a formé le canal de Müller se transforme en épithélium vibratile, et à quelle époque se fait ce changement. Sans avoir de données sur ce point spécial, je crois devoir vous indiquer ici le mode de développement de l'épithélium vibratile, tel que je l'ai observé dans d'autres régions du corps.

Si l'on examine l'épithélium des fosses nasales ou des bronches d'un embryon de mouton, alors que cet épithélium est tapissé de cellules primitivement pavimenteuses, disposées sur plusieurs rangs, il arrive à un certain moment qu'entre les cellules épithéliales se trouvent des corps cellulaires de forme différente et paraissant venir de la profondeur; ces corps sont granuleux, tandis que les cellules pavimenteuses sont plus transparentes. Ils semblent s'être propagés entre les cellules

pavimenteuses, comme s'avancent les prolongements sarcodiques des cellules pigmentaires contractiles de l'épithélium des batraciens. Arrivés à la surface de la couche cellulaire, ils s'étalent en forme de bouton ou de champignon. Sur ce bouton se développent les premiers cils vibratiles. Avant d'être témoin de ce fait, j'avais déjà vu et décrit le même phénomène sur l'embryon du Calmar, avec cette différence toutefois que l'épithélium est ici à un seul rang de cellules pavimenteuses : entre elles, de place en place, on aperçoit un petit corps granuleux formant bouton à la surface, et celui-ci portant un bouquet de cils très-longs ; il y a véritable alternance des deux sortes d'éléments. *(A suivre.)*

DESCRIPTION D'UN FŒTUS HUMAIN MONSTRUEUX DU GENRE PARACÉPHALE (1).

Par M. Émile Nitot,
Interne des hôpitaux.

Le fœtus monstrueux dont nous allons donner la description, est né à l'hôpital Necker le 3 mai 1876, à huit mois et demi de gestation, d'une grossesse gémellaire dont l'autre fœtus était vivant, bien conformé et de sexe masculin. Il appartient au genre paracéphale décrit par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, et a été présenté à la Société anatomique le 9 mai 1876.

Notre monstre est né quelques heures après le fœtus normal qui l'accompagnait. Son accouchement fut difficile, et dura plusieurs heures. La mère, âgée de 26 ans, primipare, était en travail depuis le matin ; elle accoucha à deux heures de son premier enfant, et de l'autre à neuf heures ; l'utérus était demeuré à peu près inerte durant l'intervalle. Le placenta fut arraché après l'expulsion du dernier fœtus, pour soulager la mère, qui, aussitôt l'accouchement, eut une violente attaque d'éclampsie.

Le placenta, unique pour les deux sujets, n'a rien montré de particulier, et chaque fœtus avait une poche des eaux séparée.

---

(1) La pièce a été présentée à la Société anatomique (séance du 9 mai 1876).

Le monstre avait le cordon ombical, grêle, long de 15 centimètres environ, de la grosseur d'une plume d'oie, et inséré sur les membranes à quelques centimètres du bord placentaire. On ne lui distingait que deux vaisseaux par suite de la présence d'une seule artère ombilicale au lieu de deux.

Quant au monstre lui-même, voici les caractères qu'il présente extérieurement : La forme générale est celle d'une énorme raie dont la partie renflée serait constituée par une masse céphalothoracique, fluctuante, dont la queue représenterait les membres inférieurs étroitement soudés entre eux, sans rainure intermédiaire, indice d'une séparation. Cette union intime a lieu jusqu'à la partie moyenne des pieds ; leur extrémité seule est libre et distincte. On y remarque une particularité intéressante, c'est que les pieds sont soudés entre eux par leur bord externe, et non par leur bord interne : les gros orteils étant situés en dehors. A la partie moyenne de cette masse informe s'insère le cordon ombical, et plus bas apparaissent une verge et un scrotum bien constitués. Le scrotum ne renferme pas de testicules. La peau est d'apparence ordinaire, sauf celle des membres inférieurs qui apparaît beaucoup plus rouge, mais le corps est en partie œdématié, principalement dans sa région céphalothoracique, et la masse totale s'y affaisse sur elle-même. On y voit à la partie supérieure des poils courts, clair-semés et fins, ayant en moyenne 1 centimètre de long, qui rappellent les cheveux d'un fœtus normal de même âge. Au centre de cette partie renflée, se dessine à peine la forme d'une tête, mais celle-ci devient très-apparente, quand on comprime les parties fluctuantes entre les mains. On ne voit pas d'yeux, seulement deux saillies molles, bleuâtres, laissant apparaître du liquide par transparence ; entre les deux, est le bourgeon nasal fortement relevé, et que l'on peut abaisser pour donner à la tête une apparence de figure humaine. La bouche et les fosses nasales semblent être confondues. De chaque côté de la tête, à une petite distance sont des rudiments d'oreilles externes. Il n'existe qu'un seul membre supérieur, à gauche, moitié inclus dans la poche, moitié au dehors, et la main est bien conformée. Celui du côté droit fait défaut.

La face postérieure du corps ne présente rien à noter, ni pour la partie supérieure dont nous avons signalé la surface répondant au cuir chevelu, ni pour la partie inférieure qui ne montre nulle part de trace de perforation anale. Quant aux autres membres inférieurs ils sont soudés à la face postérieure comme à la face antérieure, sans la moindre apparence de sillon médian.

La grandeur totale est de 38 centimètres, dont 22 pour la masse céphalothoracique, et 16 pour les membres inférieurs jusqu'à leur naissance. La plus grande largeur est de 23 centimètres, et correspond à la partie moyenne de la masse supérieure.

En considérant cette masse informe, il était intéressant de se demander, si cette vaste poche céphalothoracique n'était pas doublée à sa partie interne par les méninges étalées, s'il ne s'agissait pas en un mot, d'un énorme hydrocéphale. Il n'en est rien.

En incisant le fœtus sur la ligne médiane à la partie postérieure, on arrive sur le squelette, sur la colonne vertébrale parfaitement bien formée, au niveau des apophyses épineuses, et surmontée d'une boîte crânienne tout à fait distincte.

Si maintenant l'on incise la face antérieure, sur la ligne médiane, depuis le menton jusqu'au pubis, on arrive sur la colonne vertébrale en dédoublant plusieurs plans celluleux superposés. De chaque côté sont deux vastes poches subdivisées chacune en deux poches secondaires par de minces cloisons celluleuses. Chacune de ces poches est isolée, et celles de droite ne communiquent aucunement avec celles de gauche. Elles sont séparées en avant par une mince cloison ; mais en arrière, la séparation est plus épaisse, et à la partie supérieure s'intercale la masse crânienne. Ces poches n'ont aucune communication avec le thorax ; elles remontent aussi haut que la masse générale, et s'étendent sur les parties latérales du cou et du thorax, donnant au fœtus sa déformation apparente. Leur intérieur renferme un liquide abondant, citrin, séro-albumineux, mais aucune trace de membrane kystique.

Il résulterait de ce simple exposé que notre fœtus ne serait

pas aussi difforme qu'il paraîtrait à première vue, si l'on ne constatait les faits les plus bizarres dans sa structure intime.

L'autopsie du paracéphale nous a permis de constater l'absence du thymus, du cœur, ainsi que celle de l'œsophage, du foie, du diaphragme; et la cavité thoracique communique largement avec la cavité abdominale.

Le tube digestif, relégué dans la partie abdominale proprement dite, est formé d'un intestin manifestement dilaté à sa partie supérieure, et terminé des deux bouts en cæcum. Ce renflement rappelle assez bien la forme de l'estomac, et l'on y y voit, au niveau de la petite courbure, un commencement d'œsophage terminé en cul-de-sac. A l'estomac fait suite le duodénum, et une partie de l'intestin grêle. Ce rudiment de tube digestif forme des anses réunies par un mésentère, et la longueur totale est de 15 centimètres, une fois l'intestin dévidé. Cet appareil digestif est complètement isolé dans la cavité abdominale; du côté inférieur, ni anus, ni rectum, ni gros intestin; du côté supérieur, pas d'œsophage; seulement tout en haut, faisant suite à la cavité buccale, est un pharynx qui se termine à sa partie inférieure en cul-de-sac, et toute cette partie intermédiaire située au devant de la colonne vertébrale est comblée de tissu cellulaire lamelleux.

Formant le plancher de la cavité buccale, est la langue qui s'attache en bas à un os hyoïde rudimentaire. Un large ligament unit l'os hyoïde à un larynx incomplet et microscopique; puis vient un rudiment de trachée, de 3 à 4 millimètres de long, qui présente une disposition ascendante.

Tel est l'appareil respiratoire; mais plus bas, dans l'intérieur de la cage thoracique, tapissant la face interne des côtes, dont les sépare un feuillet pleural bien manifeste, sont deux organes symétriques, complètement isolés, larges et aplatis, qui représentent les poumons.

A la partie moyenne de la cage thoracique, au-dessus de l'estomac, entre les deux poumons, est un organe coudé à angle droit, à sinus inférieur, situé sur la ligne médiane. Il représente une sorte de besace dont la grosse extrémité est tournée à droite, et forme un organe creux, rempli d'une

boue noirâtre, qui soumise à l'examen microscopique, qu'a pratiqué notre excellent collègue et ami M. Cuffer, ne laisse percevoir qu'une multitude de petits corps arrondis ressemblant à des cellules embryonnaires. Rien qui rappelle la cellule hépatique; pas de cloisons celluleuses. Est-ce un foie rudimentaire? N'est-ce que la rate? Nous restons dans le doute à cet égard.

L'appareil urinaire est des mieux conformés. Au-dessous des poumons, de chaque côté de la colonne vertébrale, sont deux organes glanduleux rougeâtres, dont le droit, plus petit, est situé un peu plus haut que le gauche, et se coiffe d'une capsule surrénale. A la coupe, on distingue une substance corticale et une substance tubulaire. De la face interne de ces deux reins partent deux conduits ou uretères, qui descendent en convergeant sur la ligne médiane, et ne tardent pas, après un court trajet, à se réunir en un conduit unique qui vient se jeter dans la vessie. Celle-ci, située dans le petit bassin, et remplissant presque à elle seule la cavité pelvienne, présente une forme allongée. A sa partie inférieure, elle se continue avec le canal de l'urèthre, sur sa partie supérieure s'attache l'ouraque qui monte vers le cordon.

L'appareil de la circulation est assurément le plus remarquable. Il n'existe pas de cœur, mais seulement deux gros vaisseaux; dont l'un, veine ombilicale, volumineuse, part du cordon, remonte au devant de la colonne vertébrale, et se divise au niveau de la partie inférieure du cou en deux branches qui cheminent sur les parties latérales pour se diviser en de nombreux rameaux. L'autre vaisseau est une artère, de même volume à peu près, située sur la partie antérieure de la colonne vertébrale, et s'étendant à toute la longueur. Il semble prendre naissance par de nombreuses ramifications qui se réunissent pour former deux troncs, gauche et droit. Ces deux troncs, à peu près au même niveau où s'était divisée la veine ombilicale, se réunissent en un seul vaisseau qui représente l'artère aorte. L'aorte, qui ne montre dans son trajet aucune trace de dilatation, fournit en descendant de nombreuses branches: l'artère du membre supérieur gauche, de nombreuses intercostales et

lombaires, puis se divise au niveau des dernières vertèbres lombaires en deux artères iliaques qui descendent dans les membres inférieurs, mais que je n'ai pu suivre faute d'injection. L'artère ombilicale, unique, naît de l'iliaque du côté droit et se rend au cordon portant au placenta le sang du fœtus.

Le système nerveux central et périphérique est bien conformé. Le cerveau existe en entier, il en est de même du cervelet, du bulbe, et de la moelle, mais le tout est complètement diffluent, nageant dans un liquide sanguinolent.

Les nerfs périphériques sont bien marqués. On remarque le plexus brachial du côté gauche ; celui du côté droit fait défaut comme le membre du même côté. Les plexus lombaires sont manifestes, et l'on voit les nerfs intercostaux s'anastomoser avec les ganglions du grand sympathique. Le nerf sciatique est d'abord commun aux deux membres inférieurs, et situé dans la cloison médiane qui les réunit; mais bientôt il se divise en deux branches qui pénètrent chacune dans le membre inférieur correspondant.

Les muscles de plusieurs régions sont bien développés; tels sont en particulier ceux de la colonne vertébrale, et ceux d'une partie des membres.

Le squelette présente des particularités intéressantes à noter. A première vue, il semblerait régulièrement conformé, mais en l'examinant de plus près, on constate des anomalies.

La colonne vertébrale est complète, et close en arrière au niveau des apophyses épineuses, sans la moindre apparence de spina bifida. Le cou est cependant disproportionné, et paraît compter des vertèbres supplémentaires. De chaque côté sont les côtes au nombre de douze, s'attachant en avant au sternum; au-dessous de la colonne vertébrale, le bassin est régulièrement formé.

Les membres supérieurs diffèrent à droite et à gauche. A gauche, membre supérieur complet, clavicule, omoplate, humérus, radius, cubitus et la main.

A droite, rudiment de membre supérieur, omoplate mal conformée et rudiment d'humérus.

Les membres inférieurs, bien que complets, sont remarqua-

bles. Les fémurs sont normaux; mais les jambes paraissent avoir subi sur les fémurs un mouvement de demi-rotation. Les rotules manquent. Les tibias présentent en avant leur face postérieure; leur extrémité supérieure s'articule avec le fémur; leur extrémité inférieure est libre. A leur face interne sont les péronés, qui en bas s'articulent seuls avec les pieds; mais ici les pieds ont un tarse commun, et l'on voit à la partie antérieure le calcanéum. A ce torse unique succèdent deux métatarses distincts, qui montrent en avant leur face plantaire.

C'est ce mouvement de demi-rotation des jambes qui nous montre les membres inférieurs soudés par leur bord externe et non par leur bord interne.

Surmontant la colonne vertébrale, est un occipital sous forme d'une large écaille, à peu près symétrique, qui occupe la face postérieure du crâne. Sur les côtés sont les pariétaux plus ou moins rudimentaires, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, au-dessous les temporaux plus complets. Le frontal est représenté par deux plaques cartilagineuses de la grandeur d'une pièce d'un franc, formant les bosses frontales, et manque sur sa partie médiane. Aucun de ces os n'est au contact, et tous sont réunis par une membrane fibreuse résistante, doublée de la dure-mère, formant une seule et vaste fontanelle; à la base du crâne est le sphénoïde plus développé.

Les deux maxillaires supérieur et inférieur sont entièrement formés, mais soudés complètement ensemble, en sorte qu'il n'existe pas d'ouverture buccale. Au centre sont les fosses nasales qui communiquent en arrière avec la cavité du pharynx, en bas avec la bouche par absence de la voûte palatine. Au-dessus des fosses nasales et de chaque côté, sont les cavités orbitaires qui ne sont formées que dans leur moitié inférieure, le frontal manquant à leur partie supérieure.

Remarque. — Nous mettrons en regard de cette observation un cas fort intéressant et tout à fait analogue qu'il nous a été permis de recueillir dans l'ouvrage de Vrolik (1), grâce à la

(1) Vrolik. *Tabula quadragesima nona.*

« Funiculus umbilicalis, prœter urachum, venam umbilicalem et unam tan« tum arteriam umbilicalem continet.

bienveillance de M. Gervais. Il s'agit d'un acéphale proprement dit, mais c'est là toute la différence.

« ...... Le cordon contient l'ouraque, la veine ombilicale, et « une seule artère ombilicale.

« ...... L'aorte naît de nombreuses ramifications qui vien- « nent de toutes parts et grossissent son volume. Dans le thorax, « cette artère fournit de nombreuses intercostales aux espaces « intercostaux.

« ...... L'artère ombilicale naît de l'iliaque gauche et re- « monte le long de la vessie jusque dans le cordon.

« ...... Le thorax contient deux corps spongieux ayant la « forme des poumons, sans apparence de vaisseaux. Ces orga- « nes sont entourés par la plèvre, et séparés par un intervalle « rempli de tissu conjonctif ne renfermant ni cœur ni gros « vaisseau.

« En sorte que la circulation se fait sans cœur, par la seule « contraction des vaisseaux. »

REVUE DE LA PRESSE

DU TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Par le Dr Nathan Bozeman.

Dans le numéro de juin, nous avons rendu compte de la pratique de M. le Dr Bozeman et de sa manière de procéder

---

« .... Aorta sursum originem ducit ex parvis ramusculis, qui ex omni parte « prodeunt, sensimque ejus ambitus in crescit; in thorace versus, quam- « que costam arteriam dimittit quæ simul cum vena et nervo intercostalibus « decurrit.

« .... Arteria umbilicalis directa ratione ex arteria iliaca sinistra oritur et « juxta vesicam urinariam ascendit usque in funiculum umbilicalem.

« .... Thorace continet duo corpora spongiosa in quibus pulmonum forma « quidem sed nulla vasorum distributio cernitur. — Obteguntur pleura et a se « invicem separantur intervalla, tela conjonctiva repleto, sed neque cor neque « vasa majora possidente.

Hic igitur iterum fit sanguinis meatus sine corde, sola quidem vasorum » actione. »

à l'opération de la fistule vésico-vaginale. Il a bien voulu compléter l'exposé que M. Berger a fait de sa méthode en lui adressant la lettre suivante, que nous nous empressons de reproduire :

A M. le Dr Paul Berger, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cher monsieur, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre communication, insérée dans la *France Médicale*, sur la manière dont j'ai traité deux cas de fistule vésico-vaginale dans le service du professeur Dolbeau ; j'ai été extrêmement heureux de voir que vous en donniez une aussi juste appréciation.

Ce principe des incisions et de la dilatation progressive du vagin, appliqué au traitement de l'atrésie compliquant les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, a attiré mon attention depuis 1854 et constitue toujours le point essentiel du premier temps de ma méthode.

Une fistule, petite ou étendue, compliquée de rétrécissement, est, pour me servir d'un terme militaire, une forteresse que l'on ne peut prendre que de deux manières, soit par une attaque directe, soit en en faisant peu à peu le siége pour la vaincre par des voies détournées. Le premier système, vous le savez, était celui qu'employait Jobert (de Lamballe) lorsqu'il faisait plusieurs incisions superficielles ou profondes, principalement sur la paroi antérieure du vagin, dans le but de mobiliser les bords de la fistule. C'est l'*autoplastie par glissement*. Le décollement des adhérences de la vessie au col de l'utérus et au pubis constitue encore le temps essentiel de l'opération pour les chirurgiens qui adoptent la pratique de Jobert. Le second procédé, celui que j'ai adopté, consiste d'abord à dégager les lèvres de la fistule par des incisions portant sur les parois du vagin, et à rendre autant que possible au canal, par la dilatation, ses dimensions normales, puis à fermer la fistule en accolant ses bords. Pour continuer à comparer ces opérations à celles du général en chef et de l'ingénieur, et aussi parce que je ne puis trouver d'expression qui rende mieux ma pensée, j'appellerai ce procédé : *autoplastie par approches graduelles* (*autoplasty by gradual approaches*).

Le procédé qui ressemble le plus au mien est celui de Desault, je veux dire l'emploi du tampon. Mais, lorsqu'on se rappelle que Desault n'a recommandé le tampon que dans les cas non compliqués d'atrésie et simplement dans le but de boucher la fistule, on voit combien les deux procédés ont peu de rapport l'un avec l'autre. Ce procédé, par opposition aux deux autres, peut être appelé de *circonvallation;* s'il favorise le retrait des fistules très-étendues, il est presque inutile dans le traitement des plus petites, où il ne sert qu'associé à la cautérisation et seulement dans quelques cas exceptionnels.

Je ne puis rapporter en détail comment j'ai été conduit pour la première fois à faire des incisions répétées et à dilater progressivement le vagin dans le but de fermer la fistule. Qu'il me suffise de dire que ce procédé, modifié, amélioré plusieurs fois, n'atteignit sa perfection qu'en 1867. A cette époque j'inventai mon spéculum bivalve, fondé sur le principe du parallélogramme des forces, qui me permit d'appliquer une force puissante et régulière sur toute l'étendue des parois vaginales coarctées, et, à chaque degré de la dilatation, de découvrir les plus légères résistances, de déterminer leur siége, et de les surmonter, ce qui était impossible avec le spéculum à bec de canard du D[r] Sims, dans tous les cas où le rétrécissement du vagin paraît exister seulement par places. Je citerai comme exemple de ce fait le second cas que j'ai traité à l'hôpital Beaujon.

L'invention vers la même époque de mon appareil destiné à soutenir les genoux et la poitrine, en maintenant la malade dans une position fixe, appareil qui permet d'employer sans danger l'anesthésie, n'a pas peu contribué, elle aussi, à la perfection de mon procédé.

Quant à la manière même d'appliquer la méthode des approches graduelles, il n'est pas nécessaire de l'indiquer ici. Ce point a déjà été rendu suffisamment clair pour tous les besoins de la pratique par vos intéressants articles et par ceux du D[r] Ludwig Bandl, de Vienne (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 4, 11, 18 et 25 décembre 1875), articles qui sans doute attireront sur ce sujet l'attention des chirurgiens du continent.

La manière dont vous avez tous les deux présenté la question

offre un contraste frappant avec les critiques que j'ai trouvées dans le numéro du 15 janvier du journal ci-dessus, relativement aux opérations que j'ai faites à l'hôpital général de Vienne. Dans cet article l'auteur semble n'avoir remarqué que la manière banale dont je fais les sutures; il pose aussi en principe qu'une femme dont on suture le vagin est en aussi bon état qu'une autre femme chez laquelle on se contente d'oblitérer la fistule.

En Allemagne et en Autriche, j'ai à peine besoin de le dire, la kolpokleisis, ou l'oblitération du vagin en un point donné de son trajet, est considéré par presque tous, sinon par tous les principaux chirurgiens, comme une excellente méthode, et cela explique jusqu'à un certain point les critiques injustes de l'écrivain dont je parle. Pour donner une idée de l'extension qu'a prise cette opération dans ces pays, je dirai que, pendant un séjour d'une année, j'ai vu seize cas de fistule, surtout des variétés vésico-vaginale et uréthro-vésico-vaginale. Sur ce nombre, cinq ont été traitées par l'oblitération de la portion uréthrale du vagin avec les résultats suivants : deux femmes sont mortes, le sixième jour après l'opération, de phlegmon ou d'autres complications; une, chez laquelle il restait une petite ouverture, devint enceinte, et, au terme de sa grossesse, il se fit une rupture du périnée et de la cloison vésico-vaginale, ce qui augmenta la difficulté première, de telle sorte qu'on la trouva plus tard incurable par tous les autres procédés; la quatrième, une jeune femme qui avait complètement perdu l'apanage de son sexe, fut menacée d'être abandonnée par son mari si elle ne faisait disparaître cet obstacle à l'exercice des droits conjugaux; la cinquième avait déjà subi quatre ou cinq opérations, mais maintenant encore au niveau de l'oblitération le vagin permet le passage de l'index dans le cul-de-sac situé au-dessus et dans la fistule, qui présente à peu près le même calibre; quatre autres, présentant diverses complications, sont restées absolument incurables, ce qui fait en tout neuf insuccès, 56 1/4 p. 100, avec une mortalité de 12 1/2 p. 100.

Pour rendre cependant justice au professeur Simon, l'inventeur de cet expédient, je dois dire que ces échecs lui arrivent beaucoup moins souvent qu'à ses nombreux imitateurs qui, ayant moins d'expérience et d'habileté, emploient ce procédé, même

dans les cas où il n'est pas nécessaire, ce dont j'ai parfaitement pu me convaincre par moi-même.

Dans vos remarques sur mon procédé, que vous appelez justement un procédé d'anaplastie, remarques qui peuvent être divisées en deux parties, vous énumérez ce que vous croyez être les avantages, puis les dangers de ma méthode.

D'abord quant aux avantages, je dois dire que vous les avez rendus suffisamment évidents en ce qui concerne le rétablissement du calibre du vagin, l'avivement des bords de la fistule et leur mobilisation. En insistant si fortement sur l'importance qu'il y a à aviver les bords de la plaie aux dépens de toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, au contraire de l'avivement en surface employé par le Dr Sims et ses imitateurs, vous avez rendu un réel service. Ce point important est, j'en suis sûr, peu apprécié par beaucoup d'opérateurs ; cela explique les insuccès qu'ils rencontrent souvent, surtout lorsque les bords de la fistule sont formés par du tissu inodulaire. A ces avantages, vous pouvez ajouter que les fistules recto-vaginales sont justiciables du même mode de traitement ; on sait que ces dernières sont excessivement difficiles à guérir lorsqu'elles sont situées dans le cul-de-sac postérieur et lorsque la voie est interceptée par des cicatrices épaisses et résistantes ; cela n'est pas sans importance lorsqu'il existe en même temps une fistule vésico-vaginale et lorsqu'on a à discuter la question de l'oblitération du vagin. Mais le principal avantage c'est d'éviter la fermeture du vagin ; vous l'avez indiqué suffisamment, tout en insistant moins que je ne le fais moi-même sur ce point. Vous commettez une légère erreur lorsque vous dites que je prétends guérir toutes les fistules par mon système. Ce que je crois, c'est que, 90 fois sur 100, on peut guérir la fistule en conservant l'intégrité des fonctions menstruelles et sexuelles. De plus, dans les cas où ce procédé ne peut être employé, où l'oblitération du vagin paraît être la seule ressource possible, le malade ne retirera que peu ou point d'avantages de cet expédient, même en admettant que l'opération ait été faite avec succès.

Dans ces cas, peu nombreux d'après mon observation, le vagin, ou ce qui reste du vagin, est réduit à une masse de tissu

inodulaire, à une membrane de consistance cartilagineuse, avec destruction partielle ou complète de l'urèthre, ou bien encore fistule recto-vaginale ou déchirure et de la cloison recto-vaginale et du périnée, ou toutes ces complications à la fois. Ces conditions rendent généralement impossible d'empêcher l'écoulement continu de l'urine, sans parler des dangers qui peuvent entourer l'opération. Aussi je trouve qu'il est préférable dans tous ces cas de laisser libre l'entrée du vagin pour l'écoulement des sécrétions et de se servir seulement d'un tampon bien appliqué ou d'un compresseur qui peut permettre une oblitération encore plus complète.

Je concède 5 pour 100 pour les cas de mort, c'est un maximum de mortalité que, je suis heureux de le dire, je n'ai jamais atteint.

Passons aux inconvénients et aux dangers de l'autoplastie par approches graduelles. Vous rangez parmi eux l'ouverture du péritoine, la rupture de l'intestin et les inflammations phlegmoneuses. Permettez-moi de dire que vous leur donnez trop d'importance, dans votre analyse du mémoire du Dr Bandl (*Revue des sc. méd.*, 15 avril 1876) et dans les articles auxquels est adressée ma réponse. Les considérations que voici pourront vous en convaincre.

Le mot rupture entraîne à l'esprit l'idée de violence, c'est donc un accident qui peut se montrer lorsque l'opération n'est pas faite avec le plus grand soin ; il ne doit pas se produire au contraire, lorsqu'on opère avec ces précautions et cette prudence que le chirurgien doit observer dans tout ce qu'il fait. Parmi les cas que j'ai traités à l'hôpital général de Vienne, il s'est produit une fois une ouverture peu étendue de la cavité péritonéale. L'accident était involontaire, c'est vrai ; heureusement il n'a point entraîné de conséquences sérieuses et la malade guérit en conservant intactes ses fonctions menstruelles et sexuelles, alors que l'oblitération du vagin était regardée par des chirurgiens compétents comme la seule ressource possible. Il y avait une bride cicatricielle qui s'étendait en travers du vagin juste au-dessous de la lèvre postérieure du col de l'utérus ; aussi était-il nécessaire de refouler l'utérus pour arriver à oblitérer la fistule. La plus

grande partie de cette fistule était située à droite de la ligne médiane. Son bord antérieur était fixé à la face postérieure du pubis. Ce sont des conditions qui se présentent rarement et ce sont celles pour lesquelles l'oblitération est le plus indiquée. Cette cicatrice étant tendue, je l'incisai à l'aide de mon spéculum sur une faible étendue à gauche de la ligne médiane. Elle ne commença à céder un peu sous le couteau et à la pression du doigt que lorsque j'eus complètement divisé avec elle la couche péritonéale sous-jacente. J'ai fait souvent déjà la section de cicatrices placées au même niveau, j'avais donc tout lieu d'espérer que j'obtiendrais ce résultat sans encombre, cette fois encore. Mais un seul accident de ce genre, dans une pratique qui porte déjà sur près d'un quart de siècle, ne peut guère être regardé comme un argument d'une grande importance quand on considère la nature de la fistule, le principe de l'opération et le résultat final.

Ce fait ne m'aura pas été inutile. A l'avenir, dans des cas pareils, je me contenterai de faire deux ou trois incisions superficielles, en comptant ensuite sur la dilatation ; mais alors il sera nécessaire de consacrer un peu plus de temps à cette manœuvre pour arriver au même résultat.

Quant à la blessure du rectum, je n'ai pas encore rencontré d'accident de ce genre. Une fois j'ai volontairement ouvert cet intestin pour obtenir le degré de dilatation du vagin qui m'était nécessaire et pour placer des tissus sains entre les deux extrémités de la bride cicatricielle que j'avais divisée ; je me proposais ultérieurement de dégager le col de la vessie qui était également entouré d'une bride cicatricielle et qui était le siége d'une fistule uréthro-vésico-vaginale. Dans ce cas les deux fistules furent fermées par une seule opération ; c'était un excellent résultat.

J'ose affirmer qu'il y a certaine forme d'atrésie vaginale résultant d'autres causes que de la grossesse et dans laquelle mon procédé est non-seulement applicable, mais préférable à tout autre pour gagner du temps et obtenir le meilleur résultat. J'ai vu un cas de ce genre à l'hôpital de Vienne, dans le service du professeur Carl von Braun.

Il est à craindre, dites-vous, qu'une inflammation phlegmoneuse ne survienne consécutivement aux incisions et à la déchi-

rure du tissu inodulaire. Vos raisons sont bonnes et paraissent fondées en fait, mais ma pratique ne peut justifier une telle conclusion. Si l'on se rappelle que dans mon procédé il reste une porte de sortie libre pour les matières qui s'écoulent de la vessie, de l'utérus et du vagin, on comprend l'exactitude de mon assertion. Quand on prend la précaution de toucher chaque jour avec une solution de nitrate d'argent les fistules ulcérées du vagin et de diriger avec soin la pression du dilatateur, ce danger cesse en grande partie d'entrer en ligne de compte. C'est la raison du frappant contraste qui existe entre le principe de l'autoplastie comme je le pratique et celui de l'oblitération ou kolpokleisis, en ce qui concerne les dangers. Dans ce dernier procédé, les dénudations étendues que l'on est obligé de pratiquer sur les deux parois du vagin, parois souvent déjà malades elles-mêmes, sont plus ou moins exposées au niveau et au-dessus du rétrécissement à subir l'action nocive du sang décomposé, du pus et de l'urine ; ces liquides ne peuvent s'écouler que par l'étroit canal de l'urèthre, et cet état de choses doit évidemment prédisposer au plus haut point, non-seulement aux inflammations phlegmoneuses, mais encore à la pyohémie et peut-être à l'urémie. A l'appui de ce que je viens de dire sur les dangers de ma méthode, je puis ajouter que sur plus de cent cas de toutes sortes que j'ai opérés, je n'ai eu que trois morts, une en 1858 à l'infirmerie royale d'Edimbourg, et deux à mon hôpital de la Nouvelle-Orléans en 1861. Dans le premier cas, le col de l'utérus était complètement enclavé dans la vessie, la malade était dans un mauvais état de santé, elle était alcoolique, défaut auquel elle joignait des habitudes déplorables. Le but que je me proposais dans ce cas était de remettre le col de l'utérus en place dans le vagin et d'oblitérer en même temps la fistule. Je parvins très-heureusement à ce double but, mais par malheur il se déclara une inflammation phlegmoneuse qui finit par une péritonite et la mort au sixième jour. La seconde malade, qui avait une petite fistule vésico-vaginale sans complication, mourut le 5e jour de l'opération, de septicémie, causée par l'érysipèle qui régnait alors à l'hôpital. Deux autres malades de la même salle, qui avaient été opérées l'une six jours avant pour une déchirure du périnée, l'autre

deux semaines auparavant pour une hypertrophie du col de l'utérus, moururent à peu près le même jour, après avoir présenté les mêmes symptômes et sans doute sous l'influence de la même cause. Ceci montre assez que la mort, chez la malade opérée de fistule, était due à autre chose qu'à l'opération. Dans le troisième cas, chez une femme assez mal portante qui avait une fistule compliquée d'atrésie partielle, la mort survint quatre jours après que j'eus fait des incisions latérales. Le peu d'étendue de ces incisions, la bénignité de l'inflammation qui les avait suivies et la similitude qu'ont présentée les symptômes avec ceux des autres cas que je viens de rapporter, me portent à croire que les mauvaises conditions hygiéniques de l'hôpital ont joué le plus grand rôle dans cette mort, bien qu'il se fût écoulé déjà plusieurs mois et que toutes les précautions eussent été prises pour faire disparaître l'infection.

Parlons maintenant de la guérison de la fistule et des meilleurs moyens de l'obtenir. Bien que ce point n'ait aucun rapport avec le premier temps de l'autoplastie par approches graduelles, il est cependant d'une importance capitale et il est impossible de le laisser de côté comme le font trop souvent ceux qui se contentent de répéter cette assertion, que toutes les méthodes se valent. Ce point acquiert une importance d'autant plus grande qu'un certain nombre de chirurgiens, en France, en Belgique et en Italie, ont perdu confiance en la suture, même telle qu'on la pratique par la méthode américaine si vantée, et conseillent expressément même dans le cas de fistule simple et non compliquée, de revenir aux anciennes méthodes de cautérisation, ou bien à l'emploi des érignes, sondes érignes, crochets, préconisés par Nægele, Lallemand, Laugier, et d'autres ; Laugier avait donné à cette manière d'agir le nom de *méthode par réparation immédiate secondaire.*

Le professeur Amabile, de l'Université royale de Naples, a eu l'obligeance de m'envoyer une très-intéressante brochure sur ce sujet (Discours prononcé au Congrès des Sciences médicales de Bruxelles, le 3 septembre 1875). Il s'exprime ainsi sur la suture : « Le traitement des fistules vésico-vaginales, au moyen de l'avivement sanglant et de la suture, quoiqu'il ait donné de nos jours des résultats magnifiques et qu'il ait été vivement préconisé, n'a

jamais pu se vulgariser parmi les chirurgiens et est resté entre les mains de bien peu d'opérateurs. En effet, tantôt dans chaque pays il n'y a qu'un ou deux chirurgiens qui s'en occupent; tantôt des opérateurs distingués, qui ont voulu en faire l'essai, se sont laissés rebuter par leurs premiers échecs; tantôt encore les malades, même quand elles sentent toute la gravité de leur mal, ne savent se décider à se soumettre à une pareille opération; car elle est, sinon très-douloureuse et périlleuse, du moins toujours laborieuse, bien longue, très-fatigante pour tout le monde, pour le chirurgien et pour ses aides plus même que pour la malade. »

Puisque la supériorité de la suture est avérée et reconnue en principe par les opérateurs de ces différents pays, il est aisé de voir la cause de la tiédeur qu'ils ont mise à la soutenir. Je crois qu'on ne peut en chercher la raison ailleurs que dans le manque de succès; celui-ci résulte en grande partie d'abord du peu d'attention que l'on accorde à l'examen de l'état pathologique du vagin pris indépendamment de la fistule elle-même, ensuite à l'emploi de surfaces peu résistantes ou trop larges dans l'avivement des bords de la fistule.

Les trois genres de suture qui s'adaptent le mieux à la guérison de la fistule, sont certainement la suture double entrecoupée, la suture en bouton enchevillée ou à attelles, et la suture à fil d'argent entrecoupée, que je nomme dans l'ordre où elles ont été adoptées. La première et la deuxième sont maintenant les plus généralement employées par les chirurgiens qui les trouvent plus simples et aussi bonnes que la seconde.

Sans m'arrêter à discuter cette question, je dirai que si les opinions ci-dessus peuvent être fondées quand il s'agit de fistules non compliquées, on ne peut les regarder comme telles dans le second temps de l'autoplastie par approches graduelles. Il importe avant tout que la plaie se réunisse par première intention. Il faut chercher à combattre la tendance du vagin à se rétracter et maintenir les bords de la fistule complètement en rapport l'un avec l'autre tandis que s'opère la guérison. Cette précaution est aussi indispensable que l'emploi des attelles ou les appareils inamovibles dans le cas où l'on veut maintenir les fragments d'un

os fracturé dans un état d'immobilité parfaite. Cette tendance du vagin à se rétracter n'existe pas, il est vrai, dans tous les cas d'atrésie, mais elle se montre souvent, par exemple, lorsque les cicatrices des deux parois sont très-étendues et qu'elles n'ont pas été complètement mobilisées ; tel fut le cas de la dernière malade que j'ai soignée à l'hôpital Beaujon. Là, le vagin s'était rétracté de 60 à 50 millimètres en douze jours ; ce fait suffit à montrer le tiraillement extraordinaire auquel doivent résister les bords d'une fistule pour rester en contact au point où la rétraction est surtout considérable. Aussi toute suture qui pourra maintenir les bords de la fistule en contact pendant la réparation permettra le plus souvent la réunion par première intention. Je suis intimement convaincu que la suture en bouton pourra seule remplir toutes les indications ; sans cela je crois que tout chirurgien, quelque habileté qu'il ait montrée dans le premier temps de l'opération, échouera forcément dès le début du second temps, l'oblitération de la fistule. La répétition des opérations dans le dernier temps, démoralise non-seulement la malade, mais aussi le chirurgien, et dans la plupart des cas elle conduit à un échec désastreux.

Je le répète en finissant, il faut apporter le plus grand soin dans le premier temps du traitement ; les chances de succès dans le second temps seront accrues dans la même proportion, que vous employiez la suture double entrecoupée, la suture en bouton ou à attelles, ou le fil d'argent entrecoupé. Pour ma part j'emploie toujours cette seconde variété de suture, profondément convaincu de sa supériorité sur les deux autres, et cette conviction est basée sur une longue expérience et sur la comparaison loyale de la pratique des meilleurs chirurgiens de mon pays, touchant les mêmes cas et les mêmes fistules.

Very respectfully, NATHAN BOZEMAN.

Paris, 1er juin 1876.

REVUE CLINIQUE

PANATRÉSIE GÉNITALE DE LA FEMME

Atrésie congénitale vulvo-vaginale, compliquée d'absence du vagin inférieur, d'atrésies du vagin supérieur, de l'utérus et des trompes, avec hématosalpinx, hématomètre et hématoposthé. — Nouvelle méthode opératoire ; guérison.

Par le Dr F. Houzé, de Condé (Nord),
Médecin de la Société française de bienfaisance de Bruxelles (1).

Le 15 février 1872, une dame vient me consulter pour une demoiselle absente, qui n'a jamais été menstruée, et qui, depuis l'âge de 13 ans, c'est-à-dire pendant l'espace de six années, éprouve chaque mois des douleurs hypogastriques, avec tuméfaction progressive du ventre.

La liste est longue des médicaments et des moyens qui ont été tentés. On me demande un remède que je refuse avant de connaître la maladie. Je déclare qu'il y a probablement une occlusion complète des voies génitales et qu'on ne peut s'en assurer qu'à l'aide d'une exploration.

Le 19 mars, cette dame revient avec la malade, Mlle C. W..., sa nièce et la mère de celle-ci.

Elle est assez grande, d'une charpente irréprochable ; elle est brune, la peau est d'un gris jaune mat ; les yeux sont fortement cernés, les cils, les sourcils, très-accusés ; forêt de cheveux noirs et crépus.

Depuis l'âge de 13 ans jusqu'aujourd'hui, elle en a 19, et présente les caractères apparents de la nubilité, elle éprouve chaque mois tout ce qui appartient au *molimen menstruale*, mais sans excrétion aucune ; d'année en année, de mois en mois, ce *molimen*, avec tout son cortége, est plus long et plus pénible ; le ventre grossit toujours, et, depuis quelque temps, les douleurs sont subintrantes ; elles envahissent tout l'appareil génito-urinaire, avec ses annexes.

L'inappétence, les nausées, les étouffements, la préfocation utérine, la dyspnée, l'insomnie, le découragement, se sont, en quelque sorte,

(1) Observation lue au Congrès de Bruxelles (1875), dans la section de gynécologie.

développés parallèlement à une tumeur ventrale considérable que l'on sent à travers les vêtements et qui simule un utérus gravide.

L'exploration complète permet de constater une énorme tumeur abdominale, multilobée, ovoïde, descendant derrière le pubis et s'élevant jusqu'à 1 centimètre de l'ombilic. Le buste et les membres sont d'une très-belle conformation, les seins sont bien développés, le système pileux est abondant, le clitoris est tout à fait normal, ainsi que les grandes lèvres, le méat urinaire (qui est peut-être un peu bas), et l'orifice du rectum ; mais les petites lèvres sont rudimentaires et il y a absence complète d'orifice vulvo-vaginal : l'ellipse comprise entre l'urèthre et l'anus, et entre les grandes lèvres écartées, est déprimée, glabre, lisse, polie, dure, solide, *sans rénitence, sans point bombé et saillant*. Cet espace a la couleur de la peau ; vers son centre, on découvre un point plus rose, de 5 millimètres, très-légèrement moite, et présentant au toucher une sensation singulière qui rappelle la peru-mégissée.

1er Diagnostic : Atrésie vulvo-vaginale (qu'il ne faut pas confondre avec l'atrésie hyménéale).

Au delà de cette imperforation externe, y avait-il un vagin, perforé ou non ? Et l'utérus, lui-même, était-il perforé ? Poursuivons :

Une sonde d'homme est introduite dans la vessie ; l'index droit, plongé dans le rectum, va à la rencontre de la sonde, tenue de la main gauche ; le doigt atteint facilement la sonde et l'on sent qu'ils ne sont séparés que par l'épaisseur du rectum et de l'urèthre, qui paraissent soudés. On ne sent rien qui rappelle l'interposition du vagin. En refoulant par la pression le plancher périnéal et en dirigeant l'index en haut, on perçoit parfaitement un segment de sphère, égal à une petite tête de fœtus, qui comprime la vessie ; la sonde ne peut pénétrer dans celle-ci qu'en traçant une trajectoire fortement coudée.

2e Diagnostic : Acolpie (absence du vagin), et atrétométrie (imperforation de la matrice). On verra plus loin comment la fin de ce deuxième diagnostic a dû être modifiée.

Ce premier examen avait fatigué la malade et je n'avais pu terminer l'exploration, notamment pour tout ce qui était relatif aux tumeurs et à leur mensuration externe.

J'expliquai la situation nettement et fis comprendre la nécessité d'une consultation, avant d'aborder une opération dont j'affirmai, dès lors, l'urgence.

20 mars. Le lendemain, M. le professeur Tirifahy et moi, nous examinâmes la malade, qui fut explorée d'une manière aussi attentive que complète par ce confrère autorisé. Ses conclusions urent rapides et formulées *stante pede*, et comme elles étaient conformes aux miennes, en indiquant la nécessité inévitable d'une opé-

ration, l'espoir, la confiance et la résolution s'éveillèrent chez cette intéressante et malheureuse demoiselle.

Le 26, Mlle W..., qui habite les environs de Charleroy, vient se fixer à Bruxelles avec sa mère pour subir l'opération et le traitement. Je suis appelé pour prendre mes dernières dispositions. La malade étant placée comme pour l'application du spéculum, en face d'une belle lumière, deux aides tiennent les cuisses. J'applique dans la vessie la sonde, que je confie à la mère; j'introduis l'index gauche dans le rectum ; j'appuie l'index de la main droite sur la petite tache rosée de l'ellipse interlabiale, décrite plus haut, sous l'urèthre, je pousse fortement l'ongle placé horizontalement vers le sommet du triangle uréthro-anal, entre la sonde et l'autre index, qui occupe toujours le rectum. La douleur est très-vive : le derme s'allonge et semble coiffer mon doigt, puis il s'éraille ; je retire l'autre doigt du rectum. Je réunis les deux index, pulpe contre pulpe, en rapprochant les ongles et en constituant ainsi un coin armé, très-puissant, je pousse avec force dans la petite excavation déjà produite, et la perforation du derme s'effectue; j'y introduis l'index droit, le gauche occupant le rectum; je rencontre un tissu assez dur, élastique; en pressant fortement, je sens comme des brides linéaires, diversement intriquées, qui se brisent sous le doigt. Quelques gouttes de sang, à peine, ont coulé, la douleur est très-intense. Je me sens emporté, mais je m'arrête, me rappelant que je suis seul. Je place un morceau d'éponge à la ficelle dans l'excavation que je viens de produire, afin de garder et d'étendre cette petite conquête.

Le 27. Je m'adjoins le Dr Arthur Houzé, mon fils aîné, qui ne me quittera plus jusqu'à la fin du traitement.

Ayant à ma possession tout ou presque tout ce qui a été imprimé sur les atrésies génitales de la femme depuis l'époque mythologique jusqu'à l'époque contemporaine, j'ai voulu choisir les procédés qui me paraissaient les plus efficaces. Je n'en ai choisi aucun : mais je me suis rapproché d'Amussat, dont je suis le simple plagiaire dans la première partie de l'opération, mais au delà duquel j'ai osé marcher dans la dernière partie.

J'ai employé exclusivement la méthode de *divarication*, qui écarte les fibres sans les couper, sans les diviser. Dans ce cas, mon instrument principal a été un brunissoir, outil dont se servaient les graveurs de musique sur étain. Ce changement de destination est bizarre; mais l'instrument a été efficace et puissant. J'en donnerai la figure. Revenons à la malade.

Après avoir constaté ce qui précède, nous faisons, mon fils et moi, une étude qui nous fournit les données suivantes. Nous prenons acte de la tumeur trilobée abdominale, touchant presque l'ombilic, rappelant, comme volume, une grossesse de six mois environ. La lobe du

milieu est le corps de l'utérus; les lobes latéraux, plus bas, rappellent, par leur relief, des cornes de bélier, à convexité supérieure; ce sont les trompes. En dessous de la corne droite se trouve une petite tumeur mobile; c'est l'ovaire droit.

En mesurant extérieurement la distance qui s'étend de la vulve à l'extrémité supérieure du fond de l'utérus, on trouve 18 centimètres. En prenant, à l'aide de l'hystéromètre introduit dans le rectum, la distance de l'anus à la tumeur, que nous *supposons* être le segment inférieur de la matrice, on trouve 3 centimètres; en tenant compte d'un centimètre pour l'épaisseur des téguments, on trouve :

Hauteur de l'organe gestateur = 18 centimètres — (3+1) = 14.

La distance entre l'anus et le méat urinaire est de 45 millimètres.

J'ai dessiné, pour faciliter l'intelligence du récit, deux figures schématiques présentées au congrès.

Revenons à notre deuxième étape opératoire. Mon fils introduit dans l'urèthre une sonde de zinc, à laquelle il donne la forme, très-commode ici, d'un S majuscule. J'introduis l'index gauche dans le rectum et je dissèque avec l'ongle qui se ramollit et que je remplace par mon divaricateur, le tissu conjonctif qui réunit l'urèthre et le rectum, et je parviens à ce que nous croyons être le segment inférieur de l'utérus. Il y a eu beaucoup de douleur. Application d'éponge à la ficelle de 3 centimètres de longueur, moins épaisse que le petit doigt. Bains de siége; nourriture légère; décubitus dorsal.

Le 28. Continuation de nos efforts pour décoller la coalescence de l'urèthre en avant, du rectum en arrière, de l'utérus en haut; ce décollement se produit peu à peu.

Séance du soir. — Nouveaux efforts pour désouder les trois organes. Nous cherchons en vain le col utérin. Une sonde en gomme élastique introduite par notre canal artificiel, glisse derrière la masse utérine et pénètre facilement à 8 centimètres, ce qui nous étonne beaucoup et nous effraie un peu (1). Éponge préparée.

Le 29. Introduction de l'hystéromètre dans le canal artificiel traversé hier. Recherche du col, rupture de quelques fibres celluleuses vers le cul-de-sac antérieur qui semble en voie de formation. Application du spéculum qui laisse voir la paroi *zébrée* du vagin artificiel. L'utérus descend un peu. Eponge préparée.

Le 30. Un sphincter vaginal paraît se former. Les douleurs étant très-vives, nous prescrivons pour tout le jour des irrigations continues d'eau légèrement belladonée, à l'aide de mon pessaire à double

(1) C'était trop pour le cul-de-sac postérieur que nous voulions mesurer.

courant. Le soir, éponge que je fais préparer au beurre de cacao; plus douce et préférable ici.

Mon pessaire-éponge à double courant est composé de deux tubes jumeaux adossés, en gutta-percha, en porcelaine, etc., auxquels on fixe solidement une éponge d'un côté ; aux deux extrémités extérieures et libres de ces deux tuyaux, on adapte deux longs tubes en caoutchouc. L'un de ces tubes va chercher, en amont, dans un vase placé plus haut, le liquide qu'il apporte dans le vagin. L'autre tube reprend ce liquide et le transporte, en aval, dans un vase quelconque. Ces irrigations continues peuvent se faire dans le décubitus dorsal ou dans la position assise.

Le 31. L'adhérence métro-cystique paraît céder à gauche. Irrigations continues. Mèches la nuit.

1er avril. Même état ; mêmes prescriptions. Nous notons ici que, depuis que le vagin est créé, quand on y introduit le doigt, on provoque un phénomène analogue à celui des douleurs puerpérales : efforts d'expulsion, abaissement de la masse utérine. Cette singulière similitude a déjà été signalée, notamment par Is. Geoffroy Saint-Hilaire (1).

Du 2 au 7. Rien de particulier, seulement on croit découvrir derrière la masse utérine un petit bourrelet, qui rappelle la possibilité ou l'indice d'un orifice obturé. Le spéculum montre que le vagin se rapproche de l'aspect normal. Un peu de liquide sanieux s'est écoulé par le tube efférent du pessaire.

Du 8 au 15. L'abdomen est devenu sensible : onctions avec une pommade bromo-belladonée, qui enlève la sensibilité. Pas d'autres changements ; on continue les mêmes remèdes. Un peu de fétidité se produit, qui est détruite aussitôt par l'eau phéniquée, au 100e, en injections.

Du 16 au 17. La malade s'impatiente. Mon fils découvre à 3 centimètres de la soudure hystéro-cystique, qui existe toujours, une petite surface circulaire scaphoïde, plus mince que le tissu qui l'entoure ; il me crie : « En avant ! » Je réponds : « A demain. »

Ma longue temporisation avait un but : ne laisser derrière nous aucune trace d'inflammation, au moment où nous allions en provoquer de si sérieuses.

Le 18. Nous nous orientons ; nous visons rigoureusement la mitoyenneté de l'utérus et du rectum, en arrière, et la mitoyenneté plus intime de l'utérus et de la vessie, en avant. Nous nous décidons à forcer le passage, sans section.

Mon fils, comme aux autres manœuvres, introduit et maintient

(1) *Histoire des anomalies*, t. I, p. 327 (édit. Bruxelles).

dans l'urèthre la sonde en S; je place l'index dans le rectum et je constate qu'il y a entre le rectum et l'urèthre un espace qui laisse entre eux une distance qui les met tout à fait hors d'atteinte. J'applique l'ongle de l'index droit sur la surface scaphoïde découverte la veille; j'éraille et sépare les fibres très-dures de ce tissu; mon ongle se ramollit; je le remplace par mon divaricateur, que je pousse lentement, mais très-fortement, dans l'axe de l'*utérus*, en prenant toujours la sonde pour point de repère. Au bout de quelques secondes, et après avoir éprouvé une forte résistance, pour franchir un parcours d'environ 2 centimètres, j'éprouve la sensation d'un puissant obstacle subitement vaincu, et, à l'aide de l'index gauche, qui a servi de guide à mon *divaricateur*, je m'aperçois que celui-ci pénètre et entre de 4 ou 5 centimètres dans une cavité, sans résistance.

La douleur a été presque entièrement *nulle*. L'anxiété de la malade est indescriptible : un liquide chaud, brunâtre, inodore, sirupeux chocolaté, s'échappe très-abondant autour de mon doigt et de mon instrument, que je maintiens dans le canal pendant quelque temps. Ensuite, je retire l'index gauche; pas une goutte de sang ne s'est écoulée. Le liquide, le *retentum*, coule comme un flot. On en recueille un litre et quart. Le fond de l'utérus s'affaisse visiblement et abandonne l'ombilic pour descendre jusqu'à 4 centimètres environ du pubis. Les trompes *restent dures et gonflées*. La distance entre l'orifice que nous venons de produire et le fond de l'utérus (1) est de 7 centimètres 1/2; entre la vulve et le fond de l'utérus, 13 centimètres 1/2. Prescription : vin de quinquina; onctions bromurées sur le ventre. Lotions chaudes des parties. Garder le lit; lait, nourriture légère.

Soir. La cavité utérine a diminué d'un centimètre. L'écoulement du *retentum* continue à fluer comme des règles, en moyenne; le liquide est le même que le matin. La trompe droite semble se ramollir et descendre un peu. Pas de fièvre; plus d'anxiété; le facies est épanoui.

Le 19 La tumeur trilobée s'affaisse inégalement. La grosseur des trompes, avec leur *retentum* (hématosalpinx), est d'environ 5 à 6 centimètres. L'écoulement continue plus limpide, plus abondant pendant la miction, qui éveille parfois un peu de douleur. Ventre insensible. La malade est gaie.

Le 20. L'orifice tend à se rétrécir. Application d'une cheville de laminaria. Nourriture tonique; vin de Porto. Lipothymie prolongée pendant la journée. Enlèvement de la cheville de laminaria, qui est fortement encastrée et très-gonflée. Réapplication de la laminaria.

(1) Nous l'appelions encore ainsi.

Le 21. Nuit mauvaise : fièvre, douleurs lombaires, hypogastriques, vaginales ; les seins sont très-sensibles ; le pouls est à 104. Suppression de la laminaria ; onctions bromurées belladonées (pommade) ; cataplasmes émollients. Nourriture substantielle, malgré l'inappétence ; vin de Porto.

Pendant les jours suivants, on applique le spéculum, on explore la cavité prise pour la matrice, qui continue à fluer un peu ; la résolution de la trompe droite est très-avancée ; il n'en est pas de même de la gauche. Lipothymies.

Du 26 au 30. Nuits mauvaises. Langue saburrale ; gastrodynie ; douleurs lombo-hypogastriques, s'irradiant parfois dans tout l'abdomen ; symptômes hystériformes, préfocation utérine ; un peu de lipothymie vers le soir. L'écoulement, après avoir diminué, augmente le soir, et tout s'amende. Mentionnons ici qu'il s'est manifesté depuis quelque temps une douleur vive, linéaire, courant dans le trajet des pneumogastriques, en remontant jusque vers l'oreille. Sans incidents nouveaux, nous gagnons, après quelques alternatives, la fin d'avril.

1er au 3 mai. L'index, pénétrant par l'orifice artificiel, glisse le long du segment inférieur de l'utérus, qui est coiffé de la membrane, et atteint, à 3 centimètres en arrière, un bourrelet très-peu proéminent, avec dépression centrale, rappelant vaguement l'orifice utérin qui serait plus ou moins obstrué et empêcherait, en grande partie, l'évacuation du *retentum* qui est en amont.

Des phénomènes nerveux, plus accusés que ceux dont nous avons parlé, se produisent périodiquement et cèdent à la quinine.

Les hématosalpinx et l'hématomètre deviennent considérables. Il est donc évident que des obturations plus ou moins complètes se produisent.

Le 4. Coup d'œil rétrospectif. Jusqu'à présent, nous avons perforé la vulve, façonné un vagin, ouvert et vidé une énorme tumeur, prise pour l'utérus et qui n'était qu'une dépendance tératologique de celui-ci ; elle rappelait la prépuce (1), coiffant le gland pénial ; entre cette membrane, cette ampoule anormale et la matrice, existait un *retentum* considérable. Après l'évacuation de ce *retentum*, la poche a continué à s'alimenter un peu par le suintement de l'utérus, et celui-ci, à son tour, empruntait du liquide aux trompes, ses voisines. De temps en temps, depuis le 18 avril, des poussées se produisaient

(1) M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire avait trouvé de l'analogie entre le prépuce et la vulve imperforés,

Montanus a vu aussi un rapport entre les nymphes et le prépuce (in Spachius, p. 311).

dans les trompes et dans la matrice, en déterminant des troubles qui disparaissaient avec la réapparition du suintement du liquide emprisonné.

Cette fille était donc atrésiaque depuis le périnée jusqu'aux pavillons des trompes. Et nous pouvons maintenant corriger et reconstituer notre diagnostic : Atrésie vulvo-vaginale, atrésie vaginale, ou plutôt acolpie (1) ; atrésie préputiale (2), hématoposthê (3), atrésie utéro-vaginale (4), hématomètre, atrésie utéro-tubaire incomplète, hématosalpinx, atrésie de l'extrémité externe (ovarienne) de la trompe. Six atrésies superposées.

Nous revenons à la malade. Nous l'avons vue en proie à des phénomènes nerveux multiples, à tout le cortége des accidents produits par un *nisus menstrualis* violent et inefficace. La nuit a été détestable : douleurs et fièvre véhémentes ; l'utérus fait des efforts d'exonération et descend en se coiffant du prépuce tératologique, que l'on fait glisser sur la matrice, comme le prépuce sur le gland. J'élargis le pertuis artificiel de cette membrane, à l'aide du doigt, qui rencontre une surface dure, fibreuse, rugueuse, résistante ; après cet élargissement, j'essaie en vain de percer la matrice à l'aide de l'olive de l'hystéromètre, puis à l'aide de mon divaricateur. La douleur est excessivement vive ; un peu de sang rouge s'écoule, suivi d'un peu de liquide sanieux.

Mon fils place dans le pertuis préputial un instrument dilatateur qu'il a imaginé et qui est composé d'un tube métallique, entouré de petites baguettes en laminaria, retenues aux deux extrémités par deux anneaux. Cet instrument a le grand avantage de dilater puissamment et d'évacuer les cavités.

A trois heures, le mieux est considérable ; le dilatateur, de cylindrique est devenu presque sphérique. L'ouverture préputiale est largement ouverte, et l'index, qui la franchit, rencontre un trou pratiqué dans la matrice, y pénètre d'une phalange et constate que le sommet de ce trou borgne s'éraille à la pression. Une sonde en laminaria qu'on y introduit pendant 45 minutes en sort difficilement. On la remplace par le dilatateur.

---

(1) A privatif et κολπὸς, vagin ; seule expression de tous les Grecs.

(2) Expression hardie peut-être, mais elle rend ma pensée. On pourrait dire atrésie hyménéale profonde (ὑμήν, membrane).

(3) Rétention du sang dans cette poche préputiale. πόσθη, prépuce.

(4) Le récit prouve que l'atrésie n'était pas absolue et qu'il y avait des moyens obscurs de communication entre les trompes, l'utérus, le vagin supérieur, ainsi que le faisait observer M. Gallard.

7 heures du soir. Le trou conique semble s'entourer d'un rebord à sa base ; beaucoup plus en arrière, on retrouve au cul-de-sac postérieur le bourrelet, peu saillant, que nous avons déjà signalé. Dans l'excavation qui est en arrière on introduit une sonde, à 5 centimètres ; dans le trou conique antérieur on fixe à demeure une sonde de femme.

Sommes-nous en présence d'un second col ? La matrice est-elle bicorne avec deux compartiments placés l'un devant l'autre, ou obliquement (1) ? ou bien le trou conique antérieur n'est-il que la conséquence de la tentative de perforation faite le matin ? Ceci est beaucoup plus probable.

Le 5. On retrouve les deux trous d'hier. La matrice presse sur la membrane qui la coiffe, sans contracter d'adhérence nulle part. Nous prenons toutes les précautions décrites pour les perforations précédentes : mon fils opère le cathétérisme vésical, je plonge au delà du prépuce utérin la pointe en olive de l'hystéromètre, dans le trou conique antérieur ; j'appuie fortement, sans interruption, et, au bout de quelques secondes, j'entre dans la cavité utérine de toute la longueur de la tige de l'hytéromètre, et, le curseur arrêtant cette tige, je détache le manche de l'instrument et pénètre à 17 centimètres dans la cavité de la matrice, depuis la vulve jusqu'au fond. Je sens à travers les parois abdominales l'extrémité de mon hystéromètre.

Je l'y maintiens pendant quelques minutes. Nous le remplaçons par une sonde de femme fixée à demeure. La douleur n'a pas été très-vive ; un écoulement fétide, abondant, gris brun, se produit ; les tumeurs utéro-tubaires, qui avaient regagné l'ombilic, s'affaissent et descendent. La figure de la malade, désespérée tout à l'heure, est redevenue radieuse instantanément.

On prescrit une nourriture tonique et du vin de Malaga. Injections phéniquées au 100e, cataplasmes, vin de quinquina. Visite à trois et à neuf heures du soir. Etat parfait, les tumeurs se vident ; la sonde de femme est maintenue dans l'utérus. La malade est gaie, contre son habitude.

Le 6. L'écoulement est moins fétide et plus abondant ; les tumeurs hystéro-salpingiennes diminuent ; abdomen un peu sensible ; la sonde, replacée après avoir été nettoyée, détermine une douleur qui cesse en abaissant l'instrument.

Le 7. On agit comme la veille. De plus, au trou postérieur, on applique une sonde d'homme, qui n'y entre que de 2 centimètres. L'écoulement du *retentum* devient plus abondant ; il est gras, onctueux, gris brun. L'abdomen n'est pas douloureux.

---

(1) Ce serait une irrégularité dans les règles des anomalies.

Le 8. Exploration et cathétérisme des deux orifices : l'antérieur a une sonde à demeure, qui est maintenue à l'aide de 4 petits tuyaux-liens, qu'on fixe à une ceinture. La perforation préputiale tend à se rétrécir. L'application du dilatateur décrit plus haut en a bientôt raison. Pleurs et désespoir de la malade qui croit, en présence de nos précautions, que « tout va encore se boucher. »

Le 9. Cathétérisme des deux ouvertures de l'utérus et application simultanée, dans l'une et l'autre, de deux sondes dans lesquelles on fait alternativement des injections d'eau chaude qui ne communique pas de l'une à l'autre. Nous nous demandons encore si nous sommes en présence d'un utérus bifide bien bizarre, anomale dans son anomalie, avec chambre antérieure et chambre postérieure (!!).

Le 10. Même situation, mêmes procédés. Par l'orifice antérieur flue toujours le liquide. Application des deux sondes : injections alternatives ; quelques gouttes d'eau passent de la postérieure à l'antérieure ; la réciproque n'a pas lieu.

Cette sorte de diaphragme, que nous avons appelé membrane préputiale, reste parfaitement ouvert et béant depuis le dernier dilatateur *périlaminarié*, ce qui nous fait renoncer à sa résection.

Nous y renonçons, parce que ces tissus, naguère inutiles, vont fournir anaplastiquement l'étoffe nécessaire au revêtement pariétal du vagin.

Vers le deuxième mois de la vie embryonnaire, chez cette fille, il y a eu « arrêt de formation » de l'orifice vulvaire ainsi que du vagin supérieur (1); tandis qu'il y avait eu arrêt de développement du vagin supérieur ; la partie interne ou profonde et la partie externe de l'appareil génital, alors séparés, ont oublié d'aller à la rencontre l'une de l'autre pour se souder, puis se perforer et parfaire l'organe cavitaire utéro-vaginal. Ces deux segments d'appareil se sont arrêtés en route. Et maintenant, après vingt ans d'inaction, ils vont recommencer ce travail organo-génésique.

Le 11. On introduit, non sans douleur, une sonde spéciale creuse en étain dans l'orifice antérieur de la matrice ; cette sonde a 10 centimètres de longueur et 8 millimètres à sa pointe ; elle est garnie à sa base de deux ailes perforées, laissant passer deux tubes-liens en caoutchouc, qu'on fixe à une ceinture, comme nous l'avons indiqué. On tient cette sonde ordinairement bouchée.

Le 12. La convalescence fait des progrès rapides, la malade se promène dans sa chambre.

Du 12 au 15. Nous voyons l'eau des injections passer d'avant en ar-

(1) Pour ces différences d'arrêt de développement et d'arrêt de formation, voyez Is. G. Saint-Hilaire, pl. IV, liv. I, ch. XII, p. 29 (édit. Bruxelles).

rière, par gouttes d'abord, puis par jet continu. Après les injections, on voit sortir d'abondantes mucosités, qui deviennent de plns en plus limpides. Pendant la marche, la sonde en étain provoque un peu de douleur ; on la remplace par une autre en gutta-percha, sorte de priapisque perforé, très-léger, très-bien supporté, et dont le bec reste d'une manière incessante dans l'orifice antérieur pour en conserver le calibre.

Du 15 au 19. Le mieux marche à grands pas. La déambulation s'effectue comme s'il n'y avait pas de priapisque.

Le 22. La malade fait une promenade assez longue à pied, sans encombre. On apprend à la mère à enlever et à replacer elle-même cette sonde en gutta-percha,dont le maintien est nécessaire pendant quelque temps et à laquelle on ne renoncera pas brusquement.

Le 31. Nous faisons une séance d'exploration, qui établit que les organes affectent des dispositions qui se rapprochent de plus en plus de l'état normal.

Le 1er juin 1872, la malade part, et depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, la menstruation s'effectue bien, sauf de temps en temps un peu de dysménorrhée. La santé générale est très-bonne.

Des dissentiments tout à fait étrangers à la science m'ont empêché, à mon grand regret, de rester en rapports directs avec ma malade *muliérisée*. Mais j'en ai de fréquentes nouvelles, qui sont toujours bonnes et me tranquillisent sur une cliente qui m'intéresse à tant de titres.

(Après cette communication, M. le Dr Gallard exprima le regret que je n'eusse pas vu ma malade depuis sa guérison. Elle a répondu à cet appel. Le 26 septembre 1875, elle est venue de sa province à Bruxelles pour me faire constater son état : elle a gardé la canule trois semaines. La menstruation, après avoir été, parfois, bimensuelle, est actuellement mensuelle, régulière, sans douleur. Je l'ai conduite chez le professeur Tirifahy, qui m'avait aidé de ses lumières avant l'opération. Elle a repoussé l'exploration, mais elle lui a donné les mêmes renseignements sur la régularité de ses menstrues.)

Examen microscopique du liquide hématoïde (1) *menstruel* (*retentum*) *qui s'était accumulé pendant six ans dans la matrice* (*hématomètre*), *dans les trompes* (*hématosalpinx*) *et dans la poche prépuciale; vagin supérieur* (*hématoposthè*) ; *atresiés de Mlle C. W.* Examen dû à l'obligeance de M. le professeur ROMMELAERE, de Bruxelles.

---

(1) MM. Bernutz et Goupil appellent ce liquide sanguiniforme. (*Cl. mal. des fem.*, vol. I, p. 58.)

Examiné à l'œil nu, le produit se présente sous forme d'un liquide sirupeux brun foncé, présentant par place des plaques d'un rouge un peu plus vif. Il renferme une énorme proportion d'albumine.

Au microscope, on y constate la présence de globules rouges en quantité très-considérable et ayant conservé leurs caractères morphologiques (contours arrondis, dépressions centrales, etc.), malgré le long laps de temps qui s'est écoulé depuis l'évacuation (l'épanchement) de ce produit.

On trouve encore des leucocytes en quantité très-notable et de calibre variable, allant jusqu'à se présenter sous forme de masses agrégées, offrant le volume de 0mm,100 à 0mm,120 (100 μ à 120 μ) (1).

On remarque encore des masses de protoplasmes granuleux sans forme bien distincte.

Enfin, il se trouve un grand nombre de cellules épithéliales, la plupart pavimenteuses et irrégulières dans leur contour (2).

Analyse chimique du retentum, due à l'obligeance de M. le professeur Joly, de Bruxelles :

Densité du sang	1,035
Le sang est franchement alcalin.	
Eau	81,30
Principes albuminoïdes	15,50
Matières grasses; Matières colorantes; Sels ammoniacaux; Matière extractive	1,79
Substances minérales	1,40
	100,00

Cendres des substances minérales, 1,40 °/₀.	Chlorure de sodium	0,856
	Carbonate de soude	0,104
	Phosphate de soude; Traces de sulfate de potasse; Traces de sulfate de chaux; Carbonate de chaux	0,250
	Oxyde de fer	0,043
	Phosphate de chaux	0,147
		1,400

(1) Lesling et J. Vogel ont proposé d'appeler micromillimètres les millièmes de millimètre, et de les représenter par la lettre grecque μ.

(2) L'examen microscopique prouve que le sang subit les mêmes changements.

Propriétés physiques. Le sang est d'une coloration brun-chocolat; il présente ceci de particulier, qu'il ne se coagule pas à l'air. Il est entièrement miscible à l'eau. Un courant d'oxygène lui laisse sa coloration (on sait que le sang normal, en pareil cas, devient d'un rouge rutilant).

[Après la lecture de cette communication, M. le Dr Gallard félicite M. Houzé sur l'ensemble du travail. Il présente quelques observations sur plusieurs détails assez importants. Ainsi, cette tumeur flottante, placée sous la trompe droite, était-elle bien l'ovaire? On sait quelles sont les difficultés qu'entraîne la constatation rigoureuse de cet organe dans ses déplacements fréquents et bizarres.

M. Houzé avoue ne pouvoir démontrer son opinion avec certitude (1).

M. le Dr Hyernaux, à propos de la communication, rappelle un fait d'atrésie qu'il a rencontré pendant le travail même de la parturition qui était arrêtée par cet obstacle. M. Hyernaux opéra immédiatement et put ainsi terminer l'accouchement (2).

M. Gallard, prenant en main le dessin schématique qui représente la coupe verticale antéro-postérieure de l'opérée, fait à grands traits l'histoire de ces atrésies multiples, au point de vue embryogénique, et cette appréciation se trouve en concordance avec l'explication donnée par l'auteur, ainsi que le fait remarquer M. E. Houzé fils.

Abordant les six atrésies qu'énumère l'auteur, M. Gallard demande si celui-ci est bien sûr qu'il n'existait pas un orifice ébauché ou quelques communications intestines entre les différentes tumeurs où se trouvaient les quatre *retenta* (*deux hématosalpinx*, *hématomètre*, *hématoposthé*). M. Houzé répond qu'il a cherché en vain, pendant plusieurs semaines, la trace de véritables orifices. Ceux-ci étaient en voie de projet, mais sans commencement d'exécution (3).

---

quand il est emprisonné dans l'utérus, que quand il est emprisonné dans d'autres lieux (clos); il en est lentement éliminé par le même *processus*. Voyez Müller: *Examen du sang retenu dans le vagin, dans deux cas d'atrésie congénitale* (Henle et Pfeuffers, Zeitschrift, vol. V, 1846, p. 140). *Note de l'auteur.* — Dans West: *Leçons sur les maladies des femmes*, p. 33.

(1) Il existe des faits assez nombreux, semblables à celui qui est propre à M. Hyernaux.

(2) L'atrésie utéro-tubaire est la moins formelle dans le cas actuel. Si elle n'a pas toujours été complète, c'était au moins une angustie, une occlusion, une stricture extrêmes. Du reste, quelle qu'ait été la nature de cet obstacle, il a dû céder pour laisser passer le *retentum* tubaire, ainsi que le démontre l'observation. La pensée de M. Gallard se trouve donc tout à fait justifiée. Cette atrésie utéro-tubaire est très-rare, puisque Is. Geoffroy Saint-Hilaire n'en connaissait pas d'exemple. D'autres auteurs, parmi lesquels je cite Jacquemier, admettent cette imperforation (t. I, p. 110); Raciborski, de même.

(3) Il se rallie sans discussion à la réserve de M. Gallard.

M. Gallard, auquel s'adjoint M. Hyernaux, demande comment l'accumulation du liquide menstruel emprisonné a pu expédier, de l'utérus, des dépôts dans les trompes et dans le vagin supérieur, s'il n'y avait pas de communication entre ces quatre cavités. L'auteur répond qu'il n'y a pas eu transbordement, mais que la sécrétion menstruelle s'est faite isolément dans ces cavités mêmes : le sang cataménial peut emprunter son contingent, non-seulement à la matrice, mais aux trompes et au vagin, ainsi que le démontre M. Raciborski (1). M. Hyernaux insistant, M. Houzé déclare avoir vu, pendant que le spéculum était appliqué, les règles suinter du col et de la partie supérieure du vagin.

M. Gallard demande si l'on n'a pas eu à constater l'existence d'hématocèles rétro ou périutérines et fait des observations importantes sur la genèse de ces tumeurs (2). M. Houzé répond négativement : il n'a pas constaté d'hémotocèles péri ou rétro-utérines.

M. le Dr Léon Lefort (3), qui n'a pas assisté à la lecture de la communication, fait, d'après l'inspection de la figure-schématique, des réflexions sur l'origine embryonnaire de ce genre d'anomalie ; puis il demande des renseignements sur nos observations hystérométriques.

L'honorable M. Gallard émet un *desideratum* excessivement légitime ; il exprime le regret que l'auteur n'ait pas vu, personnellement, l'opérée, depuis sa guérison, c'est-à-dire depuis trois ans (4).]

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Suite de la discussion sur le souffle puerpéral. — Nous avons vu, dans notre dernier compte-rendu, que trois théories bien distinctes avaient été mises en avant pendant le cours de cette longue discussion : la théorie iliaque représentée par M. Bouillaud, la théorie épi-

---

(1) *Traité de la menstruation*, p. 131-185.

(2) Voyez : *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, par M. Gallard, médecin de la Pitié.

(3) Auteur *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*.

(4) Voyez la note qui termine le texte de l'observation. Elle répond, autant qu'il a été possible, à ce *desideratum*.

N. B. M. Houzé, qui a médité froidement les objections de M. Gallard, se rallie sans réserve aux observations de son savant confrère.

gastrique énoncée par M. Kiwish et soutenue par M. Glénard, et la théorie utérine dont M. Depaul s'est montré le défenseur depuis 1839. Nous avons vu également qu'à la suite des premiers débats, la théorie épigastrique avait été complètement éliminée et qu'il ne restait plus en présence que l'iliaque et l'utérine.

Dans un discours prononcé dans la séance du 4 juillet, M. DEPAUL a fait remarquer que le désaccord qui existait entre lui et M. Bouillaud n'était pas aussi grand qu'on pourrait le croire de prime abord. Il ne conteste pas les faits sur lesquels s'appuie la théorie iliaque, mais il leur donne une interprétation différente; dans les cas où M. Bouillaud a voulu faire une règle générale, il ne voit que des exceptions; en un mot, il ne nie pas que l'artère iliaque convenablement comprimée ne puisse produire un bruit de souffle, mais il pense que dans la grande majorité des cas, le souffle puerpéral a pour siége les vaisseaux de l'utérus.

Nous avons exposé les arguments sur lesquels M. Bouillaud appuyait sa théorie, nous allons maintenant faire connaître ceux qui servent de base à la théorie utérine. Mais il ne sera pas inutile de rappeler en quelques mots les divers bruits qu'on peut entendre sur le ventre d'une femme parvenue à une époque assez avancée de la grossesse. Ces bruits peuvent se résumer ainsi : 1° bruits de la respiration maternelle; 2° battements du cœur de la mère; 3° bruits causés par la circulation des gaz intestinaux; 4° battements dus à la compression des artères placées en dehors de la matrice; 5° les bruits variés auxquels donnent lieu les bruits actifs du fœtus; 6° un bruit de souffle se passant dans la circulation fœtale et qui part tantôt du cœur, tantôt du cordon; 7° les doubles battements du cœur de l'enfant; 8° enfin le souffle puerpéral, celui qui fait l'objet de la discussion.

Comme le fait remarquer M. Depaul, il faut être familiarisé avec l'auscultation obstétricale pour avoir une notion distincte de ces bruits si variés; il n'est donc pas étonnant qu'ils aient donné lieu à des discussions sur leur nature et sur leur siége.

Voici, d'après le savant professeur, les caractères qui feront reconnaître le souffle utérin : c'est un *souffle simple*, sans choc et parfaitement intermittent. On peut lui distinguer trois périodes : l'invasion qui est douce, une sorte de renforcement au milieu et un temps de décroissance. Son timbre est variable, non-seulement sur des femmes différentes mais encore sur la même femme; il peut être *simple*, *sibilant* et *ronflant*.

Après avoir bien précisé les caractàres de ce bruit, il fallait, pour démontrer qu'il avait son siége dans l'utérus, établir que les vaisseaux de cet organe étaient de nature à le produire. Or, il est généralement admis que les artères utérines qui participent à l'hypertro-

phie considérable de tous les autres éléments du tissu utérin atteignent un grand développement. Mais ce développement ne commence que quand les troncs principaux (artères utérines et ovariennes) vont pénétrer dans les parois. Les branches qu'elles fournissent alors, après s'être anastomosées entre elles, enveloppent l'utérus d'un réseau artériel très-complet, considérable sur les parois latérales, plus développé aussi au point d'insertion du placenta, mais encore très-abondant sur tous les autres points.

Ces dispositions anatomiques étant admises, on comprend alors quelle énorme capacité représentent toutes ces divisions artérielles et qu'elle énorme différence de pression doit exister pour le sang circulant dans les artères utéro-ovariennes. Lorsqu'il s'est répandu dans ette multitude de canaux hypertrophiés tout s'explique et se comprend : l'existence de plusieurs bruits sur plusieurs points de l'utérus, les variations dans leur timbre et leur intensité, leur apparition, leur disparition, etc.

Plusieurs circonstances autres que la disposition anatomique démontrent que le souffle puerpéral a son siége dans l'utérus. Dans les grossesses extra-utérines, il est rare de trouver le souffle utérin ; on peut cependant le constater quelquefois, car on observe fréquemment dans ces grossesses anormales une hypertrophie notable de l'utérus et un développement artériel assez considérable pour produire un bruit de souffle. Si, comme le veut M. Bouillaud, le souffle puerpéral avait son siége dans les iliaques, il devrait exister aussi bien dans les grossesses extra-utérines que dans les grossesses normales ; nous savons cependant qu'il n'en est rien.

M. Bouillaud trouve à l'utérus développé par le produit de la conception toutes les conditions nécessaires pour exercer une forte compression sur les gros vaisseaux placés à l'entrée du bassin. Mais il est à remarquer que l'utérus en état de gestation même avancée conserve une certaine souplesse et n'exerce pas une compression considérable sur les vaisseaux environnants. Ce poids et cette pression se répartissent du reste sur toute l'enceinte abdominale et pelvienne, et chaque point n'en supporte qu'une minime partie. On ne saurait cependant nier toute action compressive, surtout de la part de certaines parties moins volumineuses et plus solides que renferme l'utérus, la tête fœtale par exemple.

D'un autre côté, tous les observateurs ont établi que le bruit de souffle de la grossesse était très-précoce et pouvait être entendu du troisième au quatrième mois de la grossesse, alors que l'utérus ne pouvait exercer sur l'iliaque externe une compression suffisante. Tels sont les princpaux points développés par M. Depaul dans sa longue argumentation et qui tendent à prouver qu'il existe dans

l'abdomen des femmes enceintes deux bruits de souffle bien distincts mais dont un seul mérite le nom de souffle utérin.

M. Bouillaud pense que, sous le rapport de la grosseur, le souffle maternel ne peut se passer dans aucune des artères autres que les iliaques. C'était là, en effet, un des bons arguments en faveur de la théorie iliaque; mais M. Depaul a surabondamment démontré que le volume des artères de la matrice était assez considérable pendant la gestation pour donner lieu à un bruit de la force du bruit puerpéral. Tous les membres de l'Académie ont pu constater sur une pièce anatomique, qui leur a été présentée dans la séance du 18 juillet, que l'artère utérine augmentait considérablement de volume au point où elle commence à fournir des branches et qu'elle présentait au moins le double du volume qu'elle avait à son orifice. La même disposition a pu être constatée pour l'artère ovarique.

Quoiqu'il nous en coûte d'abandonner M. Bouillaud dont les titres scientifiques sont déjà si considérables, nous devons convenir que les faits exposés pendant cette longue discussion condamnent la théorie iliaque. Nous admettrons donc, avec M. Depaul :

1° Que le bruit puerpéral a presque toujours pour siége les artères hypertrophiées de la matrice et qu'il a pour caractère d'être constitué par un *souffle sans battement;*

2° Que toutes les artères d'un volume suffisant placées contre les parois du bassin ou de l'abdomen peuvent également donner lieu à un bruit de souffle lorsqu'elles sont convenablement comprimées, mais ce bruit, qui est beaucoup plus rare, se distingue du précédent, parce qu'il est constitué par un souffle *avec abattement.*

(*Séances* des 6 et 27 juin, des 4, 11 et 18 juillet.)

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Déchirure d'un large lambeau du col de l'utérus, pendant le travail de l'accouchement chez une femme dont le bassin était rétréci; fistule vésico-vaginale consécutive, par M. Polaillon.

M. Polaillon rapporte que le 14 décembre dernier il trouva à la salle d'accouchement, de l'hôpital Cochin une femme dont le travail n'aboutissait pas, malgré des contractions énergiques. Entre les lèvres de la vulve pendait un lambeau de tissu assez dur et de couleur rouge sombre qu'il reconnut pour être formé de tissu utérin.

La tête en position O. I. D. P. elle appuyait fortement sur le détroit supérieur sans s'y engager. Le diamètre sacro-pubien, déduction

faite de l'épaisseur du pubis, mesurait 8 centim. 1/2 environ. Le fœtus était mort.

M. Polaillon avait affaire à une primipare qui aurait été atteinte de rachitisme dans son enfance. Elle était âgée de 36 ans et à terme.

Avant son arrivée à l'hôpital, un médecin expérimenté de la ville avait introduit la main dans les parties génitales, mais ayant reconnu qu'il serait nécessaire d'intervenir pour délivrer cette femme, il l'avait engagée à entrer à l'hôpital.

L'accouchement fut terminé par une application de forceps au détroit supérieur, et un enfant du poids de 3200 grammes fut extrait sans qu'on ait été obligé d'opérer une traction bien considérable.

Pendant l'application des branches, M. Polaillon avait pris grand soin de ne pas saisir le lambeau en question, pensant du reste que le passage de la tête à travers l'excavation l'entraînerait et le détacherait complètement, ce qui arriva en effet.

Après l'accouchement, le doigt explorant le vagin percevait une légère écorchure en avant sur le col.

La délivrance se fit naturellement, les suites de couches furent simples, et la malade sortit de l'hôpital treize jours après l'accouchement. La veille de la sortie, on pratiqua l'examen au spéculum, et l'on constata que la lèvre postérieure du col était intacte, que la lèvre antérieure manquait et qu'à sa place existait une petite plaie recouverte de bourgeons charnus. Cette plaie siégeait à la place du cul-de-sac antérieur du vagin et empiétait un peu sur la paroi supérieure de ce conduit. Aucune goutte d'urine ne s'écoula par le vagin lors de cette exploration.

Dix jours après sa sortie et vingt-trois jours après l'accouchement, cette malade, qui avait repris les occupations habituelles de son ménage, s'aperçut qu'elle perdait ses urines en marchant. En examinant alors l'utérus, au moyen du spéculum, on s'aperçut que l'orifice utérin livrait abondamment passage aux urines : cette femme portait une fistule *vésico-utérine*.

M. Polaillon, après avoir rappelé que ces cas de déchirure sont rares et cité un cas analogue de Robert Gray, publié dans les *Obstetrical Transactions* de 1875, vol. XIV, p. 128, et un autre de M. Stoltz (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1847, p. 333), pense que c'est la pression de la tête contre l'orifice du bassin utérin qui a déterminé la section du lambeau.

Quant à la formation de la fistule vésico-utérine, a-t-elle succédé à la chute d'une eschare de la paroi vésicale? Cela est fort probable. Cependant, M. Polaillon fait remarquer que l'établissement tardif de la fistule, puisque c'est seulement le vingt-troisième jour que l'écoulement urinaire par le vagin s'est manifesté, est un fait assez insolite pour laisser le champ libre à une autre intepprétation et il paraît

admettre que la rupture a pu être déterminée par le coït, le membre viril ayant pressé sur la paroi du bas-fond de la vessie qui avait été amincie par la déchirure du col, déchirure qui avait laissé une plaie bourgeonnante au niveau du cul-de-sac intérieur. Ainsi que l'a constaté l'examen au spéculum, au moment où la malade était sortie de l'hôpital.

Au point de vue pratique, deux questions doivent être posées : 1° Aurait-on pu éviter la déchirure du col et la production de la fistule vésico-utérine? 2° Cette fistule une fois établie quels sont les moyens de la guérir?

M. Polaillon admet que la déchirure aurait pu être prévenue par des débridements du col dont la rigidité empêchait la dilatation.

Quant au traitement de la fistule, deux moyens s'offraient à nous, dit M. Polaillon : des cautérisations légères et répétées pendant la cicatrisation de la plaie utérine et vaginale et une opération qui aurait consisté à oblitérer la fistule ou à suturer la lèvre postérieure du col avec la paroi antérieure du vagin, d'après le procédé mis en pratique par M. Herrgott.

M. Polaillon pratiqua la cautérisation avec le fer rouge à six reprises différentes, et dans l'intervalle avec le crayon de nitrate d'argent. Sous l'influence de ce traitement, les urines ne passent plus qu'en quantité extrêmement minime. La malade ne perdant plus ses urines, soit pendant la station, debout ou assise, soit pendant le décubitus dorsal et urinant tout à fait normalement, se considère comme guérie. Bien que l'oblitération ne soit pas complète en ce moment, M. Polaillon ne pense pas avoir besoin de recourir à une opération d'avivement (1).

Discussion.

M. Guéniot. Le fait de M. Polaillon est intéressant, non-seulement par les circonstances dans lesquelles il s'est produit, mais encore à cause de sa rareté. Ce sujet a été traité dans un travail spécial publié en Allemagne. J'en ai moi-même communiqué un cas à M. Héry qui l'a inséré dans sa thèse. Ce fait est relatif à une femme entrée à la Clinique à la suite d'un travail très-prolongé et chez laquelle le fragment pendant dans le vagin représentait à peu près les trois quarts du pourtour du col. Le mécanisme de ces ruptures circulaires est aujourd'hui bien connu : pendant le travail, le col a disparu et se trouve remplacé par un simple orifice. Si cette portion reste rigide, et si, en même temps, les contractions de l'utérus sont très-énergiques,

(1) Cette malade, entièrement guérie, a quitté l'hôpital le 19 avril.

on voit la partie inférieure du col se détacher comme une calotte. Peut-être une autre cause a-t-elle joué un rôle important dans le cas de M. Polaillon? Je veux parler de ces crêtes tranchantes que l'on observe ordinairement en avant du détroit supérieur des bassins rétrécis et sur lesquels vient se couper l'utérus. Il est à remarquer que les lambeaux détachés du col sont parfois très-considérables, au moment de l'accouchement, tandis que la perte de substance qui leur succède se rétrécit notablement les jours suivants, par le fait de la rétraction du tissu utérin.

M. Tillaux. Je ne m'explique pas bien pourquoi, dans le cas de M. Polaillon, la fistule ne s'est produite que vingt-quatre jours après l'accouchement. Il me semble au contraire qu'elle aurait dû suivre immédiatement le détachement de ce lambeau long de 7 centimètres et large de 5 centimètres. En second lieu, pourquoi M. Polaillon a-t-il cautérisé cette fistule dès le début, au lieu d'attendre, ainsi qu'il est de règle, que la rétraction normale eût d'abord produit tout son effet, c'est-à-dire cinq à six mois.

M. Polaillon. J'ai examiné s'il n'existait pas à la partie postérieure de la symphyse pubienne une crête saillante, mais je n'en ai pas trouvé d'appréciable. Au reste, ces crêtes, quand elles existent, déterminent bien plus souvent des ruptures de l'utérus que des déchirures de la partie antérieure du col. Chez ma malade, il peut se faire que le bas-fond de la vessie se soit trouvé aminci en même temps que le col se déchirait et que le vingt-troisième jour seulement, soit à la suite des efforts auxquels la malade s'est livrée, peut-être même à la suite du coït, il se soit produit une fissure à la paroi vésicale; peut-être la vessie s'est-elle mortifiée par le fait de la compression qu'elle a supportée pendant l'accouchement; seulement il est bien insolite de voir une eschare du bas-fond de la vessie mettre vingt-quatre jours à se détacher.

J'ai fait des cautérisations hâtives, parce que la lèvre postérieure de la plaie bourgeonnait et que j'ai voulu lutter contre la cicatrisation naturelle qui pouvait à elle seule ne pas oblitérer la fistule.

(*Séance du 12 avril 1876.*)

Influence de la grossesse sur les maladies chirurgicales. — L'influence du traumatisme sur la grossesse a été, depuis quelque temps, l'objet de l'attention des chirurgiens. Plusieurs travaux importants ont été publiés sur ce sujet; il faut citer parmi les plus importants ceux de MM. Valette (de Lyon), Petit, Cornillon et Massot. On s'est demandé s'il fallait proscrire les opérations graves pendant l'état de gestation, ou si l'on pouvait intervenir chirurgicalement sans tenir

compte des conditions particulières dans lesquelle se trouve la femme enceinte.

Dans un intéressant travail lu à la Société de chirurgie (séance du 17 mai), M. Verneuil fait remarquer que les rapports de la grossesse avec les rapports chirurgicaux ne sont qu'un côté de la question : il y a lieu d'examiner l'influence de la grossesse sur la marche des plaies, blessures et autres lésions chirurgicales, et réciproquement, l'influence des maladies chirurgicales sur la marche et la terminaison de la grossesse. M. Verneuil établit trois catégories de faits :

1° Faits dans lesquels la grossesse n'a paru exercer aucune influence sur la marche des opérations ou des maladies chirurgicales et réciproquement;

2° Faits dans lesquels la grossesse a paru exercer ou recevoir une influence favorable;

3° Faits dans lesquels l'influence réciproque de la grossesse et des opérations a été plus ou moins fâcheuse.

M. Verneuil rapporte dix observations inédites dans lesquelles la marche de la grossesse a été dérangée ou entravée par la pratique d'opérations chirurgicales. Dans quelques cas on a vu des maladies graves persister avec opiniâtreté en dépit des traitements les plus rationnels, et soudainement guérir ou être améliorées à la suite de l'accouchement ou de l'avortement. Chez une malade observée à l'Hôtel-Dieu en 1858 et qui avait un chancre mou sur la lisière du périnée et de la fourchette, l'ulcération fit, en peu de temps, des progrès que rien ne put arrêter; elle occupait la vulve, les fesses et le périnée. La malade mourut d'épuisement vers le sixième ou le septième mois de la grossesse qui se termina peu de temps avant la mort par un avortement. Dans ce cas, n'y a-t-il pas indication de provoquer l'avortement ? Cependant, M. Verneuil, en terminant sa communication, hésite à conclure et demande de nouvelles observations.

Dans un long mémoire qui a occupé la plus grande partie des séances du mois de juin et du mois de juillet, M. Guéniot étudie de nouveau la question. Comme M. Verneuil, il pense que les faits à venir ne pourront que très-utilement concourir à la solution complète du problème, mais il fait remarquer que le contingent actuel est déjà fort important. En effet, le nombre total des observations s'élève à 240, et si l'on considère que, dans ce nombre, se trouvent les exemples les plus variés quant au siége, à la nature et à l'intensité du traumatisme, on admettra qu'il est possible d'arriver, dès aujourd'hui, à quelques conclusions valables.

D'après M. Guéniot, le moyen d'arriver plus sûrement à un résultat, c'est de considérer la grossesse et le traumatisme, non-seulement dans leur unité complexe, mais surtout dans certains de leurs éléments les plus essentiels. Ainsi, la grossesse se présente tantôt par-

faitement normale, tantôt accompagnée de divers états morbides; ces complications elles-mêmes sont parfois d'ordres tout différents qu'il importe de distinguer; du début à la fin de la gestation, les conditions organiques et fonctionnelles se modifient, etc. Pareillement pour le traumatisme, il convient de l'envisager dans sa forme, son siége, son intensité et dans les divers phénomènes qui l'accompagnent: douleur, commotion physique, secousse morale, hémorrhagie, etc.

Dans la première partie de son travail, M. Guéniot étudie d'abord l'*influence des traumatismes sur la grossesse*. Il ne fait que mentionner la rétroversion de l'utérus gravide, suite de chutes, la rupture de l'œuf extra-utérin, suite de traumatisme de l'abdomen, les blessures directes de l'œuf ou de la matrice.

Il est essentiel de ne jamais perdre de vue deux circonstances qui, jusqu'ici, ont été beaucoup trop négligées: *le mode d'irritabilité et d'innervation de la matrice* et les *conditions particulières de l'œuf* au moment de l'accident. Une femme à utérus irritable aura facilement un avortement; chez une autre, un grand traumatisme ne déterminera pas d'accidents.

L'irritabilité ou l'excitabilité est cette propriété que possède l'utérus de répondre, par sa mise en jeu de sa contractilité, aux excitations extérieures ou intérieures, directes ou indirectes. Dans les grossesses normales, cette irritabilité semble sommeiller; puis à l'époque de la délivrance, elle se réveille pour expulser l'œuf comme si c'était un corps étranger, on la met expérimentalement en jeu quand on provoque l'accouchement prématuré et cela est plus ou moins facile. Il ne faut pas confondre l'irritabilité avec la contractilité: l'une peut exister sans l'autre.

Les causes qui peuvent produire le réveil de l'irritabilité doivent être étudiées avec soin: 1° *Maladies de l'œuf*. Relativement à la pathologie de l'œuf on peut dire, d'une manière générale, que tout ce qui porte atteinte soit à l'intégrité physique, soit à la vitalité du produit, a pour effet d'éveiller ou d'accroître l'irritabilité utérine. C'est ainsi que la mort du fœtus est suivie plus ou moins promptement de l'expulsion; il en sera de même si le placenta est apoplectique, s'il y a hydramnios, etc. 2° *L'albuminurie* peut être la cause d'avortement spontané, comme la syphilis, etc. Avant de juger l'influence du traumatisme, il faut donc savoir si la grossesse était indemne de toute complication, ou s'il y avait disposition morbide de la femme ou de l'œuf. L'impuissance du traumatisme à provoquer l'avortement est manifeste lorsque son action s'exerce sur une femme saine et sur un œuf sain.

M. Guéniot cite de nombreux exemples à l'appui de cette proposition. Une jeune fille enceinte se jette du haut d'un pont dans la

Seine, elle n'avorte pas (Cazeaux). Une autre fait une chute de voiture (Gendrin), et il n'en résulte rien de fâcheux. Maurie raconte qu'une femme enceinte de sept mois, surprise par un incendie, se jeta d'un troisième étage et tomba sur le pavé ; elle se cassa les bras et les jambes et l'accouchement eu lieu à terme. M. Tardieu, M. Guibout racontent des cas aussi extraordinaires.

Il y a des exemples de fractures de tous les os et même de la colonne vertébrale, de fractures par armes à feu avec résections qui ne furent pas suivies d'avortement. M. Nicaise a fait la désarticulation de l'épaule chez une femme enceinte : la grossesse ne fut pas troublée. Chez une autre femme, amputation de la cuisse par M. Labbé : guérison et continuation de la grossesse, opérations d'ovariotomie (Pollock, Sims, Spencer Wells), amputation d'un col cancéreux (Walton Todd), et toujours la grossesse continue son cours. La contusion et le traumatisme ne sont donc pas des causes essentielles de fausse couche ; ils ne peuvent être considérés que comme cause adjuvante.

Il faut excepter cependant les *traumatismes qui atteignent directement la zone génitale*. Quelles sont les limites de cette zone ? Est-ce la région inguinale et la partie supérieure de la cuisse ? Le meilleur moyen d'arriver à sa détermination est de rechercher le degré de nocuité qu'affecte le traumatisme dans certaines régions. Or, voici où conduit l'examen des faits.

Dans la thèse de Massot on voit sept opérations de hernie étranglée chez des femmes enceintes, et il n'y a qu'un seul cas d'avortement et de mort. M. Gosselin a ouvert un abcès de l'aine chez une femme syphilitique et il n'y a pas eu avortement. Amputation de la cuisse à la partie supérieure et continuation de la grossesse. Le traumatisme de la région *inguino-crurale* ne semble donc pas être plus dangereux pour la grossesse que celui qui intéresse une région plus distante de son principal organe. Il paraît en être ainsi de la *paroi abdominale elle-même*. Du côté du périnée et de la vulve, sur 17 cas d'ablation de végétations, il y a eu 3 avortements. De même pour l'anus et le rectum. Les opérations pratiquées dans ces régions sont souvent causes de fausses couches ; la zone génitale serait donc limitée au conduit vulvo-utérin et à la région ano-périnéale. *Les traumatismes de cette région sont des causes directes d'avortement.*

Voici quelques-unes des conclusions de M. Guéniot en ce qui concerne la première partie de son travail.

1° L'innocuité du traumatisme de la grossesse, de même que sa nocivité, n'est soumise à aucune loi absolue ;

2° Lorsqu'un traumatisme atteint la femme enceinte en dehors de toute disposition morbide (femme saine, utérus sain, œuf sain), il est généralement dépourvu de nocuité sur la grossesse ;

3° Lorsque la gestation se trouve compliquée d'un état pathologique

tel que : irritabilité anormale de l'utérus, maladie ou volume exagéré de l'œuf, albuminurie, etc., le traumatisme, quelque faible qu'il soit et quelque région qu'il affecte, détermine, *le plus souvent*, l'expulsion prématurée du produit de la conception. Dans ce cas, il joue simplement le rôle de cause adjuvante ou occasionnelle.

4° Il convient donc d'être très-circonspect dans la pratique des opérations pendant la grossesse. Si le traumatisme chirurgical doit intéresser la zone génitale, l'état de gestation constitue, sauf les cas urgents, une contre-indication formelle à l'opération.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Guéniot traite de l'*influence de la grossesse sur le traumatisme*. D'abord la grossesse est une cause prédisposante de traumatisme : l'utérus en s'élevant n'est plus protégé que par la paroi abdominale antérieure. Comme cause directe de traumatisme, on peut citer la grossesse tubaire ; dans certaines variétés de grossesse extra-utérine, le développement régulier de l'œuf conduit presque fatalement à la déchirure de son enveloppe, de même que, dans l'utérus gravide, on a vu quelquefois la cicatrice provenant d'une section césarienne ancienne se rompre sous la même influence. Le diabète, la syphilis, le scorbut influencent défavorablement les plaies ; on est conduit à penser que la grossesse influence les plaies d'une façon analogue.

Après avoir passé en revue 150 cas de traumatisme compliqués de grossesse, M. Guéniot arrive à conclure que, *dans la très-grande généralité des cas, l'état de grossesse n'exerce, sur le traumatisme, aucune influence nuisible*. Ainsi les contusions et les plaies, ainsi que les luxations et les fractures ne déterminent pas, chez les femmes enceintes, une plus forte proportion de mortalité que chez les autres individus ; de plus, la guérision des lésions s'effectue selon le mode habituel et dans les limites de durée qui sont propres à chaque variété de traumatisme.

Cette règle comporte néanmoins quelques exceptions : *a* Lorsque le traumatisme affecte la zone génitale, il peut se trouver soit ralenti ou compliqué dans sa marche, soit aggravé dans sa terminaison par le fait même de la grossesse ; *b* Lorsque la gestation a dépassé le troisième mois de son cours et que le traumatisme intéresse les membres inférieurs ou une région qui est le siége d'une altération vasculaire, on peut observer des complications : hémorrhagie, angioleucite, gangrène, atonie ulcéreuse, etc. ; *c* En ce qui concerne les fractures on peut admettre une certaine influence dans le retard apporté à la formation ou à la solidité du cal.

M. Guéniot admet également qu'il existe pendant la grossesse une certaine propriété sarcogénique à laquelle il convient d'attribuer l'accroissement rapide que prennent très-souvent, pendant la gestation, certaines tumeurs de nature non bénignes.

Enfin, l'auteur conclut que les plaies chirurgicales sont loin d'offrir, pendant la grossesse, la gravité qu'on leur suppose, et que dans le cas de tumeurs à développement brusque et rapide, c'est à l'extirpation et à l'amputation que l'on doit avoir recours plutôt qu'à l'accouchement provoqué.

Dans la discussion qui a suivi cette communication (séance du 28 juin), M. Verneuil dit que les conclusions de M. Guéniot sont précoces. Parmi ces conclusions, les unes n'avaient pas besoin de démonstration, les autres prêtent beaucoup à la critique. Ce que M. Guéniot donne comme exception est peut-être la règle et réciproquement. Pour juger cela, il faut prendre de nouvelles observations. Bien qu'il en existe 300 dans les annales de la science, ce n'est pas assez pour donner la solution de la question. M. Guéniot a parlé de l'état de santé ou de maladie de la femme, de l'irritabilité de l'utérus, de l'état de l'œuf, mais il faut de nouvelles recherches pour démontrer l'influence de ces divers états.

La durée des lésions traumatiques est très-variable; à part les fractures, elle peut rarement être exprimée par des chiffres. Pour les fractures, 25 fois sur 100, chez les femmes enceintes, il y a retard dans la consolidation. La femme accouche et le travail réparateur reprend sa marche, la consolidation se fait.

Et la tendance pyogénique de la grossesse est-elle favorable? Evidemment non. Toutes les complications graves sont marquées par une tendance à faire du pus en grande quantite. Et le phagédénisme, et les végétations chez les femmes enceintes, est-ce que c'est une prolifération favorable? Pour démontrer si cette tendance est bonne ou mauvaise, il faut de nouveaux faits; on généralisera plus tard. En attendant, les femmes enceintes doivent être des *noli me tangere* pour les chirurgiens.

(*Séances du* 13, *du* 17 *et du* 24 *mai*; *du* 7, *du* 14, *du* 18 *et du* 21 *juin* 1876).

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Erythème des nouveau-nés. — M. Parrot fait une communication sur ce sujet. On sait, dit-il, que l'érythème des nouveau-nés occupe généralement les fesses, les cuisses et les jambes, c'est-à-dire les parties qui sont irritées par le contact des matières et de l'urine. Cette affection, chez le nouveau-né, revêt deux aspects différents : le plus communément, ce sont de petites vésicules entourées d'une auréole rouge, finissant par se grouper les unes les autres en masses rouges plus ou moins étendues, par se détruire et par laisser à leur place une surface rouge plus ou moins grande.

Mais il est une autre forme, plus rare, qui consiste en petites papules, dont la saillie peut atteindre 1 millimètre et qui présentent une coloration violacée, un aspect luisant, qui s'excorient et finissent par s'ulcérer. En résumé, M. Parrot reconnait deux formes d'érythème, l'une vésiculeuse et l'autre papuleuse.

Il a étudié, au microscope, les lésions de chacune de ces formes. Voici quelles sont celles de la forme vésiculeuse :

Quand on a fait durcir la peau par les procédés habituels, on constate, sur une coupe, d'abord un léger soulèvement de la couche cornée, appréciable à un grossissement de quelques diamètres. Cette couche est, en outre, épaissie, doublée ou même triplée de volume. Le corps muqueux de Malpighi est également doublé. Au lieu d'y trouver les cellules aplaties qu'on observe à l'état normal, on constate que ces cellules ont pris une forme sphéroïdale, qu'elles présentent un volume double ou triple de leur volume normal. Cette augmentation de volume s'observe jusque dans les couches profondes, mais en devenant de moins en moins appréciable, à mesure que l'on s'éloigne de la couche cornée. Les cellules ne se colorent plus par les réactifs; elles sont devenues *hydropiques*, c'est-à-dire qu'elles se sont remplies d'une certaine quantité de liquide. Voilà ce qui a lieu pour les cas légers. Dans des cas plus graves, les noyaux et les nucléoles ne se distinguent plus les uns des autres et finissent par disparaître. La couche cornée s'amincit alors, finit par se briser et par disparaître complètement. Cette période correspond à l'ulcération. Telles sont les lésions de la forme vésiculeuse.

M. Parrot fera connaître, dans une prochaine communication, quelles sont les lésions de la forme papuleuse.

(*Séance du* 15 *juillet* 1876, *Gaz. des hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES (suite) (1).

Traduction du Dr EDOUARD MARTIN

Suite de la Discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre.

Dr FORDYCE BARKER. — Je ne pense pas que tous ceux qui admettent que la fièvre puerpérale est une affection distincte acceptent tous

(1) Voir les nos d'octobre, de novembre, de décembre de février et de mai, p. 297, 366, 457, 131 et 378.

les qualificatifs qui y ont été ajoutés, en particulier celui d'être *toujours* due à un poison morbide distinct. On ne connaît pas le poison de la fièvre typhoïde par exemple, et cependant l'on admet que c'est une affection bien définie. Si l'on ajoutait le mot *souvent*, j'admettrais volontiers le fait, comme j'admets que la diphthérie et d'autres affections sont souvent dues à l'action d'un poison spécial. Le mot toujours implique qu'une cause donnée, un poison morbide spécial qui produit une affection distincte doit toujours produire cette même affection. Mais en pratique ce n'est pas le cas. L'an dernier je soignais, dans une famille, dont tous les autres membres étaient bien portants, une dame atteinte de fièvre puerpérale; un plombier fit sur ma demande un examen détaillé de la maison sans pouvoir découvrir aucune source d'infection; peu de temps après, trois personnes de la même famille furent prises de fièvre typhoïde; j'insistai de nouveau pour que l'on abattît les parois de la chambre, et l'on découvrit qu'un réservoir de plomb présentait des ouvertures suffisantes pour laisser échapper des gaz malfaisants qui infestaient la maison, sans laisser écouler de liquide. L'hiver passé, je soignais un monsieur atteint de fièvre typhoïde grave dans une grande maison construite d'après le système français et contenant plusieurs appartements tous bien habités. Pendant sa convalescence, la diphthérie fit son apparition dans la maison et attaqua successivement un père et ses trois enfants; la mère, enceinte d'un quatrième, fut éloignée et accoucha sans présenter après ses couches aucun symptôme de diphthérie ni de fièvre puerpérale; on trouva dans cette maison un réservoir exactement dans le même état que dans la première. Le Dr Playfair vous a cité des faits analogues prouvant que le même poison, la même source d'infection ne produit pas toujours la même affection.

Les diverses affections qui surviennent pendant la période puerpérale diffèrent dans leur marche et dans les lésions locales qui les caractérisent, et ne peuvent pas par conséquent être comparées aux affections spécifiques. En somme, je crois que la définition de la fièvre puerpérale donnée par le College of Physicians and Surjeons est encore de beaucoup la meilleure: *Fièvre continue pouvant se communiquer par contagion, survenant pendant la période puerpérale, et liée souvent à des lésions locales considérables surtout du côté du système utérin*. Le nœud de la question dégagée de tous les éléments qui la compliquent et l'obscurcissent est le suivant: existe-t-il une affection distincte survenant chez les femmes en couches et chez celles-là seulement? La réponse doit être basée sur l'étude des causes et surtout des symptômes et de l'anatomie pathologique de l'affection: l'étude des causes ne jette pas une grande lumière sur cette question, pas plus qu'elle ne joue un rôle important pour différencier le typhus de la diphthérie. Au point de vue prophylactique, cette étude a une toute

autre importance, et le mémoire que vous a présenté le Dr Braxton Hicks à ce sujet il y a quelques années est du plus haut intérêt. De nombreux faits observés dans les cas sporadiques aussi bien que dans les épidémies, dans les campagnes aussi bien que dans les grands centres, prouvent que le poison de l'érysipèle peut être chez les femmes en couches la source d'une affection distincte appelée par quelques personnes fièvre puerpérale, et que le poison de la fièvre puerpérale absorbé par un homme ou un enfant peut produire chez eux un érysipèle. Il y a trente ans déjà, Nunnely publiait à Philadelphie un mémoire sur l'érysipèle prouvant les liaisons intimes qui existent entre cette affection et la fièvre puerpérale. L'année dernière, le Dr Thomas (de Cincinnati) a publié une monographie importante sur deux épidémies de fièvre puerpérale survenues en 1870 et en 1872. Ces études statistiques ne semblent pas indiquer une connexion intime entre la fièvre typhoïde, la scarlatine, la pyémie, la septicémie et la fièvre puerpérale. Rarement une épidémie de scarlatine a été suivie de fièvres puerpérales, tandis qu'après une épidémie d'érysipèles, c'était presque toujours le cas.

Pourquoi ne pas admettre que le poison, agissant sur le système qui se trouve dans une condition toute particulière, produise une affection distincte. L'étude des phénomènes cliniques semble démontrer le fait. Pourquoi, en effet, la fièvre traumatique n'est-elle jamais épidémique ni contagieuse, tandis que la fièvre puerpérale l'est? Je sais bien que ceux qui pensent que la fièvre puerpérale est une variété de septicémie ont été conduits à nier ce caractère épidémique et contagieux, mais les faits sont en opposition avec leurs négations. Lorsque, dans un territoire donné, les femmes en couches meurent dans une proportion cinquante fois plus considérable que les années précédentes, on dit en langage ordinaire qu'il existe une épidémie dans ce district. En quatre mois, dans un des quartiers les plus salubres de New-York, il est mort, en 1873, vingt-cinq fois plus de femmes en couches, suite de fièvre puerpérale, que les années précédentes, et quatre fois plus que dans les maternités, pourquoi ne pas admettre l'existence d'une épidémie? A Cincinnati, en 1872, cent vingt-deux femmes moururent de fièvre puerpérale, tandis que la moyenne est de treize par année. Je veux en terminant vous soumettre les trois propositions suivantes:

1° Les symptômes de la fièvre puerpérale diffèrent de ceux de la septicémie ou de la pyémie chirurgicale;

2° Lorsque ces affections surviennent chez des femmes en couches, elles y produisent une affection qui n'est pas une fièvre continue et ne se communique pas par contagion.

3° Lorsque ces affections compliquent la fièvre puerpérale, elles

modifient cette affection et produisent des symptômes qu'il est dossible de distinguer de ceux de la fièvre puerpérale.

Quant à l'anatomie pathologique, le Dr Richardson a déclaré au début de cette discussion qu'il n'existait aucune lésion locale permettant de dire à l'autopsie : ceci est un cas de fièvre puerpérale, comme on dirait : ceci est un cas de fièvre scarlatine, de typhus ou de fièvre typhoïde. Je pense, quant à moi, qu'il est difficile de trouver des lésions locales indiquant d'une façon positive que l'on a affaire à une scarlatine ou à une fièvre typhoïde, et les autorités les plus compétentes sur ces matières, Jenner, Murchison, Hoffmann, Lebert, admettent que ces maladies ne présentent pas de lésions anatomiques pathognomoniques. Suivant quelques auteurs, les pathologistes modernes ont entièrement renversé l'opinion que la fièvre puerpérale est une fièvre essentielle, spéciale aux femmes en couches; mais de quelle façon ? et comment prouver que ces pathologistes ont étudié l'affection autre part que dans les grandes villes, où cette maladie est souvent compliquée de pyémie ou de septicémie ? Spiegelberg, Schrœder, Schruechberg, Mayrhofer, Orth, Heiberg, Olshausen, Fehling, Cohnstein, Breisky ou van Haselberg, ont-ils jamais étudié la fièvre puerpérale telle qu'on la rencontre sous forme épidémique dans les campagnes, où la pyémie et la septicémie sont rares? Je ne méconnais pas la valeur des recherches de ces observateurs, mais je crois que, pour élucider la question qui nous occupe, surtout au point de vue clinique, l'étude de nos classiques anglais, Hulme, Leake, Kirkland, Clarke, Gordon, Hey, Armstrong et Robert Lee, présente une égale importance. Quelle est en somme l'utilité de donner à cette affection un nom nouveau, tiré de la chirurgie, à moins qu'il ne soit démontré que l'affection chirurgicale et celle qui succède à l'accouchement n'en fassent qu'une, aussi bien au point de vue des symptômes que des lésions anatomiques.

Dr *West*. Je crois que la théorie des germes et des organismes microscopiques est prématurée. Aussi, voit-on des hommes de la plus grande valeur, et animés d'un désir sincère de la vérité, différer non-seulement dans leurs conclusions, mais même dans les faits qu'ils croient avoir observés.

La fièvre puerpérale ne peut pas être assimilée au typhus, à la fièvre typhoïde, à la scarlatine ou à la petite vérole, elle n'a pas la même marche régulière ni la même incubation, elle n'a pas non plus les signes pathognomoniques pour le diagnostic que l'on retrouve dans les fièvres spécifiques, tels que les pustules dans la petite vérole par exemple ; enfin une attaque de fièvre puerpérale ne donne pas l'immunité, comme dans la majeure partie de ces fièvres.

Si l'on expose un homme à la contagion de la fièvre puerpérale, il n'en résulte rien; au contraire, si l'on expose une femme en couches à

la contagion de la scarlatine, de la rougeole où de quelque autre affection, elle est exposée à la contagion, quoique les caractères propres à la maladie puissent être masqués par l'état puerpéral.

Plusieurs causes peuvent produire cette fièvre. Je me rappelle le cas d'une dame, dans un état de santé parfaite, qui accoucha à une époque où il existait une épidémie de fièvre puerpérale. Cette dame dans une position excellente était à l'abri de toute contagion. Bientôt après ses couches, elle fut exposée à un courant d'air froid. Les symptômes de fièvre puerpérale se développèrent rapidement, et elle en mourut.

L'état moral peut aussi avoir une influence considérable sur la production de la maladie. Je me rappelle le cas d'une dame qui, après une couche très-heureuse, fut prise immédiatement, après une scène domestique très-violente, d'accidents de fièvre puerpérale et en mourut. En somme, je vois que l'état dans lequel se trouvent les accouchées a autant d'influence que l'existence de tel ou tel poison sur le développement de la maladie. A Vienne, la fièvre puerpérale sévissait sur une vaste échelle; l'on découvrit que le fait était dû à ce que les étudiants quittaient la salle de dissection et allaient, sans s'être suffisamment nettoyé les mains, assister à des accouchements; des mesures de propreté, l'usage des désinfectants a fait diminuer considérablement le nombre des fièvres puerpérales.

Des traumatismes locaux, un grand nombre de causes en un mot, peuvent produire cette affection lorsque la femme est dans une condition particulière qui ne se retrouve en somme qu'après l'accouchement; dans cet état, les fluides sont chargés de matériaux inutiles qui ont fait leur temps, et de ceux qui sont destinés à fournir à la sécrétion lactée. En quoi consistent ces altérations du sang? C'est ce que nous ne savons encore que fort imparfaitement. Du grand nombre de causes produisant l'affection il résulte que le traitement prophylactique doit consister non-seulement à écarter toute contagion, à veiller attentivement sur l'état dans lequel se trouve l'utérus, mais aussi à surveiller l'état mental de la malade et veiller à ce qu'aucune émotion ne vienne entraver, enrayer le processus physiologique qui succède à l'accouchement.

Dr *Snow Beck*. — Les observations que j'ai recueillies me conduisent à des conclusions directement opposées à celles des précédents orateurs. Pour ma part, je ne crois pas qu'il existe une affection spéciale liée à l'accouchement à laquelle on puisse donner le nom de fièvre puerpérale. Pourquoi admettre, pour expliquer cette fièvre, une interruption dans le processus normal survenant après l'accouchement et un arrêt dans l'action éliminatrice? Pourquoi même, si cet arrêt a lieu, produit-il une affection aussi grave que la fièvre puerpérale, et capable de se communiquer par contagion? Il ne faut pas

oublier que les tissus éliminés sont en somme des tissus sains; pourquoi la rétention de ces tissus dans l'organe produit-elle une affection mortelle?

Aucun fait, aussi bien au point de vue de l'anatomie pathologique que des symptômes, ne me semble démontrer que l'on ait observé une affection *sui generis* survenant après l'accouchement, que l'on décore cette affection du nom de fièvre *post partum* ou de *fièvre puerpérale.*

L'accouchement est une fonction naturelle à la femme,qui est douée de toutes les ressources nécessaires pour l'accomplir jusqu'au bout. Il est évident, cependant, que l'état particulier dans lequel se trouve la femme en couches modifie jusqu'à un certain point toute affection qui a pu exister avant l'accouchement ou s'est développée après lui. Toutes les femmes ne sont pas bien portantes au moment où elles deviennent enceintes ou au moment de l'accouchement; toutes ne sont pas douées d'une constitution qui les rende aptes à la propagation de l'espèce. Dans ces trois conditions, l'accouchement peut être suivi de graves accidents provenant de causes variées, mais la faute tient ici bien plus à l'individualité elle-même du sujet qu'au processus naturel et physiologique de l'accouchement. Aucune affection, n'appartient en propre aux femmes en couches, qui, d'un autre côté, ne sont à l'abri d'aucune affection.

Je ne crois pas que les fièvres infectieuses ou le typhus soient des causes fréquentes de fièvre puerpérale et que, par une influence extraordinaire, toutes ces affections se transforment en fièvre puerpérale chez les nouvelles accouchées; quelques-uns des symptômes caractéristiques de ces affections peuvent faire défaut, mais la nature spécifique de la maladie persiste. Je ne crois pas non plus à l'influence d'une cause unique, comme dans les cas du Dr Playfair, produisant la diphthérie chez le mari et la fièvre puerpérale chez la femme. Les affections si fréquemment mortelles que l'on décore du nom de fièvre puerpérale dérivent du système utérin.

Un exemple fera bien comprendre les cas auxquels je fais allusion. Une femme bien portante, après un accouchement normal, reste deux ou trois jours dans un état satisfaisant, puis elle est prise d'un frisson suivi d'une extrême fréquence du pouls, de prostration, de douleurs abdominales et de ballonnement du ventre, le tout accompagné d'une soif excessive, de nausées et de selles fétides. La faiblesse augmente graduellement, la respiration devient courte et s'accompagne d'un peu de toux et d'expectoration; la mort a lieu au bout de deux ou trois semaines sans l'apparition d'aucun autre symptôme. On trouve à l'autopsie la cavité péritonéale contenant une quantité plus ou moins considérable d'une sérosité louche, et la séreuse recouverte de fausses membranes molles et friables. L'utérus

est volumineux, sa surface interne recouverte d'une sécrétion muco-purulente, les sinus utérins perméables contiennent une quantité plus ou moins considérable de pus. Quelle est la cause et la nature d'une pareille affection? On lui a donné un grand nombre d'appellations suivant l'idée que l'on avait en vue. On l'a appelée *péritonite*, *métro-péritonite*, *péritonite puerpérale*, à cause de l'état dans lequel on a trouvé le péritoine ; on l'a appelée *phlébite utérine*, *phlébite suppurée*, à cause de l'existence du pus dans les sinus utérins.

Le Dr Robert Lee a cité des faits d'inflammation de ces vaisseaux quoique le fait paraisse douteux ; ce sont en effet de simples canaux creusés dans le tissu contractile et bordés d'une membrane délicate et non vasculaire, et il est difficile de comprendre que cette membrane puisse s'enflammer sans que le tissu utérin lui-même participe à l'inflammation. On a aussi appelé cette affection du nom de *fièvre puerpérale*, forme typhoïde de la fièvre puerpérale, typhus, etc., en tenant compte des symptômes observés pendant la vie. Enfin on lui a aussi donné les noms de pyémie, septicémie, ichorémie, la marche de l'affection présentant des rapports évidents avec celle qui suit l'introduction de matériaux nuisibles dans la circulation. Tous ces termes ont jeté de la confusion dans l'étude de la maladie.

Il est bien démontré actuellement que, dans les cas d'hémorrhagie *post partum*, le sang provient des artères et non des sinus utérins, et que jamais l'on n'a rencontré de caillots dans l'intérieur de ces sinus. On a dit aussi que les hémorrhagies prédisposaient à la septicémie. Les deux effets me paraissent dus à la même cause. Le même défaut de contraction, qui permet au sang de s'échapper des artères utéro-placentaires, laisse les sinus béants et leur permet d'absorber les matériaux nuisibles et de les conduire dans la circulation générale. Or, tout cela peut se produire chez une femme bien portante, placée dans des conditions favorables et à l'abri de toute contagion. Les sinus utérins restés perméables absorbent les liquides contenus dans l'intérieur de la cavité utérine ou qui y ont été injectés ; ce défaut de contraction peut se présenter dans les cas les plus favorables, et le meilleur moyen pour y remédier consiste à maintenir l'utérus dans un état de contraction suffisant pour rendre ces canaux imperméables. Quand l'inertie utérine est poussée à un haut degré, des portions du placenta ou des caillots sanguins sont retenus dans la cavité utérine, se décomposent et passent par les sinus béants dans la circulation générale et déterminent des accidents promptement mortels. Je ne veux pas dire que ce soit la seule cause qui détermine la fièvre. De graves lésions dans un point quelconque des organes de la génération, suivies d'un degré plus ou moins considérable d'inflammation, la formation d'abcès dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin ou dans le bassin, et bien d'autres lésions peuvent être la cause d'accidents

septicémiques. La déchirure du périnée ne joue pas un rôle aussi considérable qu'on l'a prétendu dans la production de ces accidents; elle coïncide souvent avec l'inertie, véritable cause de l'infection.

Les effets produits par les matériaux nuisibles introduits dans l'organisme dépendent: 1° de la nature de ces produits; 2° de la quantité des matières septiques introduites, comme le prouvent les expériences sur les animaux; 3° de l'état général de l'accouchée au moment de l'imprégnation; 4° du renouvellement plus ou moins continuel des matériaux infectants.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Chirurgie antiseptique (Principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister), par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien des hôpitaux de Paris.—J.-B. Baillière et fils, éditeurs; Paris, 1876. — Bien que le livre dont nous venons d'énoncer le titre ne s'adresse qu'indirectement à ceux qui s'occupent de gynécologie, nous croyons cependant utile d'en donner une courte analyse, à cause de l'importance de la méthode antiseptique et des applications qui peuvent en être faites dans la chirurgie gynécologique et en particulier dans l'amputation du sein.

Les principes sur lesquels repose la méthode de Lister sont connus en France depuis quelques années déjà, mais la méthode elle-même n'a pas, jusqu'à présent, attiré suffisamment l'attention des chirurgiens français. Aussi, est-ce à vulgariser la méthode et à fournir une méthode d'ensemble qui puisse servir de guide aux chirurgiens qui voudront s'engager dans la voie nouvelle, que s'est appliqué M. le Dr Just Lucas-Championnière.

M. Lucas-Championnière qui a appris à connaître la chirurgie antiseptique presque à son origine, dès 1868, et qui plus tard, en 1875, a suivi le service de Lister, à Edimbourg, a mis lui-même en pratique les préceptes du savant chirurgien anglais dans son service de l'Hôpital temporaire, et a acquis la certitude que la méthode antiseptique est destinée à rendre les plus grands services.

La méthode de Lister repose sur cette hypothèse: que l'atmosphère contient des germes qui, venant à tomber à la surface des plaies, c'est-à-dire dans un milieu favorable à leur développement, donnent lieu à la *putréfaction* du pus et partant à la pyohémie. La méthode a dès *lors* pour but d'arriver à la destruction de ces germes ou à les empêcher d'arriver au contact de la plaie. Pour obtenir ce résultat,

Lister a recours à un certain nombre de moyens préliminaires qui ont pour conséquence de débarrasser des germes qu'ils peuvent contenir tous les instruments qui doivent être en contact avec la plaie. C'est ainsi que les instruments, les éponges, les mains des opérateurs, la peau, seront soigneusement lavés à l'aide d'une solution d'acide phénique.

Une fois ces préparatifs terminés, il s'agit de créer, autour de la plaie qui va être produite par le chirurgien, une atmosphère antiseptique qui la préserve du contact des germes disséminés dans l'atmosphère. On y parvient au moyen d'un appareil à pulvérisation, analogue à celui de Richardson, qui produit pendant toute la durée de l'opération, une atmosphère chargée d'acide phénique.

L'opération une fois terminée, il faut continuer à entretenir autour de la plaie une atmosphère antiseptique, et c'est là le but que l'on poursuit, avec la gaze antiseptique, élément essentiel du pansement.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur la méthode qui a été décrite par M. Just Lucas-Championnière avec une remarquable précision. Nous engageons ceux qui voudraient appliquer ce mode de pansement, à consulter le livre de M. Lucas-Championnière, ils y trouveront toutes les indications de la méthode et resteront convaincus, en lisant les résultats qui s'y trouvent consignés, de la supériorité de la méthode sur tous les moyens employés jusqu'à aujourd'hui dans le pansement des plaies.

Dr A. Leblond.

The Detroit Review of Medicine and Pharmacy, pour l'année 1875.

La ville de Detroit, dans le Michigan (Etats-Unis), publie un Bulletin médical mensuel où la partie gynécologique et obstétricale nous paraît tout à fait soignée. Nous allons essayer de rendre compte des travaux de cet ordre parus pendant l'année dernière, et nous y considérerons successivement les mémoires de pathologie et de clinique, les opérations, la médecine légale, et enfin la revue du recueil de faits.

Parmi les œuvres de pathologie et de clinique, nous signalerons quatre mémoires de gynécologie, et trois autres d'obstétrique. Parmi les premiers, le travail intitulé *Contribution to Hysterology* est dû à la plume du professeur Chapman (de Brooklyn), qui rappelle avoir déjà indiqué, dans un précédent mémoire, l'origine bien plutôt ganglionnaire des nerfs utérins que leur provenance cérébro-spinale. Ensuite, il rapproche et compare entre eux les signes nerveux qui accompagnent les maladies utérines et arrive à les rapporter en

grande partie à l'hystérie; enfin, il conseille d'y obvier par des opérations ou des évacuations sanguines portant sur le col, et destinées à détruire la cause qui engendre les symptômes et par suite ceux-ci mêmes. — Puis le Dr Fr. Quinby (d'East Jefferson) nous donne la relation d'un cas de *Kyste ovarique guéri spontanément* au moyen de l'évacuation du liquide par le rectum et le vagin, chez une femme de quarante et un ans qui avait vu se développer avec rapidité, à gauche, depuis quatre ans, un kyste jusqu'alors très-modéré, mais sur lequel elle avait reçu un coup violent à cette époque. Le ventre avait le volume qu'il acquiert chez une femme à terme; l'ovariotomie avait été proposée et résolue, quand, un jour, en faisant son ménage, elle éprouva une douleur de ventre accompagnée de l'issue, par le vagin et le rectum, d'un liquide épais, jaune, visqueux, et de diminution sensible du volume de l'abdomen. Ecoulement continu du liquide pendant quatre mois, puis guérison absolue, paraît-il. Cette observation manque de détails; l'examen de la malade ne paraît pas avoir été fait après la guérison. — Le professeur E. W. Jenks (de Détroit) a publié un mémoire sur *Certaines formes d'affections du rectum chez la femme*, plus fréquentes, selon lui, que chez l'homme; c'est ainsi qu'il nous donne plusieurs observations de fistules anales entraînant des rétrécissements du rectum, de fissures à l'anus entraînant de la nymphomanie ou du vaginisme, etc., etc., et il nous prouve que, par de simples opérations sur le rectum, il guérit du même coup les complications du côté des organes génitaux. — Enfin, le Dr D. Wade (de Holly) se livre à une étude sérieuse du mode de production, du diagnostic, du pronostic et du traitement des *Déviations utérines*. D'une façon générale, il les attribue à l'action d'une pression extérieure sur l'organe, pression due à l'inflammation chronique de l'un de ses tissus, au relâchement de ses ligaments, et surtout, et avant tout, à l'usage du corset qui refoule vers le bassin les viscères contenus dans la cavité abdominale. Le diagnostic des déviations utérines ne saurait reposer que sur l'examen direct des organes, et, quant au pronostic, il variera suivant le moyen de traitement employé. Celui-ci devra, de prime abord, supprimer l'usage du corset, faire disparaître l'inflammation et toutes les autres causes d'abaissement; si cela ne suffit pas, le Dr Wade a recours à un instrument de son invention qui procure le redressement. Il ajoute, en terminant, qu'il n'hésiterait pas à inciser l'hymen chez une vierge sur laquelle il croirait avoir affaire à une déviation utérine importante. Nous croyons qu'un pareil conseil n'a aucune chance d'être accueilli du public médical français.— Les mémoires relatifs à l'art obstétrical pur sont les suivants : une Note du Dr N. F. Brown, lue à l'Académie de médecine de Detroit, sur la *Pneumonie pendant la grossesse*. Après avoir rappelé et commenté les pronostics si graves de Cazeaux sur la

matière, l'auteur, qui se déclare d'accord avec lui sur les chances d'avortement et même de mort de la mère, nous cite néanmoins deux cas de sa propre pratique où les femmes, bien que très-malades, ont guéri et ont mené chacune leur grossesse à bien en donnant le jour à de beaux enfants vivants. Chez l'une, la pneumonie se déclare au cinquième mois; elle dure trois semaines; les stimulants de toutes sortes ont seuls un peu d'effet. Après l'accouchement, perte interne presque immédiate; la malade est exsangue, mais elle se relève moins d'un mois après. La seconde est prise à quatre mois et demi. Même traitement; guérison au bout de deux semaines; accouchement normal et à terme. — Le Dr J.-P. Stoddard (d'Albion) nous donne l'histoire d'une femme chez laquelle le *Travail différé* a amené la mort. La grossesse datait alors de treize mois, et la malade mourut d'épuisement par suite de la suppuration. L'autopsie, réclamée par la famille, a démontré l'adhérence de l'utérus aux parois abdominales, la formation d'abcès multiples dans l'épaisseur de celles-ci, la présence dans l'utérus d'un pus abondant au milieu duquel nageaient les restes d'un fœtus. L'auteur, appelé seulement dans les derniers jours de la maladie, croit, d'après les résultats de l'autopsie qu'il a pratiquée, pouvoir ajouter que probablement l'on a eu affaire à un cas de paralysie des fibres utérines, et que, si l'art était intervenu à temps, peut-être aurait-on pu sauver la mère et l'enfant, ou au moins la mère. — — Enfin, le professeur E. W. Jenks (de Detroit) rappelle les causes les plus fréquentes des *Ruptures du périnée* chez la femme; il conseille la réunion, mais non pas immédiate, et indique son procédé qui n'est qu'une modification de celui d'Agnew; il termine en citant quatre cas tirés de sa pratique et où la guérison fut complète.

Trois mémoires ont trait aux opérations. Le premier, plutôt théorique, dû au Dr J.-A. Porter (de Brooklyn), roule sur l'*Amputation du col utérin*. Il préfère à l'usage des ciseaux, du bistouri et du cautère galvanique l'emploi de la ligature élastique ; pour empêcher celle-ci de glisser, il transpercera le col avec une aiguille. La ligature doit être renouvelée cinq ou six fois, et non pas serrée assez fort la première fois pour agir d'elle-même jusqu'au bout. Si l'on objectait qu'on s'oppose ainsi à l'écoulement des liquides utérins, l'auteur ajoute que l'on pourrait maintenir au travers du col un tube métallique. Nous avouons, pour notre part, préférer de beaucoup l'usage du cautère galvanique, qui agit instantanément, à cette ligature successive, qui ne demande pas moins de dix jours, et entraîne par sa longueur le développement d'odeurs nauséabondes.— En second lieu, sous le titre de *Un cas intéressant d'obstétrique*, le Dr J.-H. Carstens), de Detroit) rapporte l'observation d'une dame de trente-neuf ans, enceinte pour la neuvième fois, et dont les huit premières grossesses s'étaient heureusement terminées. L'accouchement se faisait attendre depuis

trois jours; issue de la main et d'une partie de l'avant-bras gauche tête en seconde position (O. I. D. A.) au détroit supérieur. Impossibilité d'aller à la recherche des pieds pour faire la version, malgré les inhalations de chloroforme, à cause de l'état tétanique du muscle utérin. Le D[r] Carstens fit une application de forceps au détroit supérieur, puis il réappliqua l'instrument dans l'excavation et réussit à extraire l'enfant vivant et sans fracture, sans avoir à réduire ou à trancher le membre supérieur engagé. Poids de l'enfant, neuf livres anglaises (4,350 grammes environ). Cette manœuvre du D[r] Carstens nous paraît d'une si grande importance que nous n'hésitons pas à transcrire ici les remarques par lesquelles il termine son travail : « Cette opération nous montre toute la valeur du forceps. Souvent, « dans les présentations du bras, on trouve l'épaule au détroit supé- « rieur, et l'on ne saurait atteindre la tête au point où elle siége; mais, « dans les cas analogues à celui que je rapporte, on peut sauver « l'enfant (sans danger pour la mère) en agissant comme je l'ai fait, « au lieu de mutiler le fœtus et de pratiquer la crâniotomie : telle « est pourtant la pratique conseillée par les auteurs. N'ayant rencon- « tré dans les livres aucun cas pareil, je me crois autorisé à publier « le mien, en y ajoutant les conclusions que voici : « La tête et le « bras peuvent être extraits conjointement à l'aide du forceps, sur- « tout si l'enfant est petit, le bassin spacieux et la femme multipare : « on peut ainsi sauver la vie de l'enfant, en même temps qu'on écarte « le danger de la mère. » — Puis le D[r] Raleigh Raynes (de Toplin) nous entretient d'un cas d'*Imperforation de l'anus*. C'était chez un enfant âgé de vingt jours, paraissant en proie à de la péritonite, et chez lequel le rectum n'existait pas. On avait essayé de dilater une sorte de petit pertuis, imperforé du reste. Le D[r] Raynes, en se guidant sur son doigt, incisa couche par couche un tissu analogue à un tissu de cicatrice, et tomba sur l'intestin qu'il fixa au dehors, après la sortie d'une masse énorme de méconium. L'opération eut un plein succès, les signes de péritonite disparurent, et l'enfant vécut parfaitement jusqu'à l'âge de quatorze mois, époque où il fut enlevé par une pneumonie.

La médecine légale est représentée par deux mémoires sur le *Fœticide*, ou avortement. Ils ont été lus tous les deux devant la « *Southern michigan medical Society* », et le second est la réponse au premier. Celui-ci, dû à la plume du D[r] G. E. Smith (de Hillsdale), est un cri d'alarme poussé par l'auteur sur le désir toujours croissant des femmes américaines de ne pas voir augmenter leur famille, et leur résolution de supprimer, même par un crime, l'enfant qu'elles ont conçu. Cette plaie affecte plus spécialement les classes élevées de la société, puisque même dans le clergé, on la rencontre encore assez communément. Dès lors, soit la femme enceinte elle-même, soit un

de ses parents sollicite le médecin de la famille à procurer un avortement. S'il résiste et qu'il refuse, il est exclu et sa réputation est toujours attaquée d'une manière acharnée par cette famille dont il a trompé les espérances et qui va bien vite s'adresser à un confrère moins scrupuleux et plus complaisant que lui. S'il accepte, au contraire, on le prône, on l'appelle à tout moment, souvent même hors de propos, et il passe dans les rangs, déjà trop nombreux, des praticiens qui exercent au grand jour leur odieuse industrie, je ne dirai pas légalement, mais au moins d'une façon tolérée. Pour le Dr Smith, comme pour les Drs Storer et Hodge, cette pratique est un crime, et il adjure la Société d'étudier la question pour proposer des moyens de répression. Une commission d'étude fut nommée à cet effet, et c'est le rapport présenté à la Société qui forme le second document sur la matière. Il est l'œuvre du Dr J.-P. Hoddard (d'Albion). Ce distingué confrère commence par établir, d'accord avec l'autorité judiciaire de son pays, que l'avortement est un crime, et qu'il devrait, s'il est prouvé, tomber sous l'application de la loi au même titre que le meurtre, puisque, aussi bien que lui, il supprime une existence humaine. Puis il propose, au nom de la commission qui a étudié les faits, d'appeler sur ce point l'attention des législateurs et de les engager à ériger en loi ce que la physiologie a déjà démontré, à savoir qu'en provoquant un avortement on commet un attentat contre la vie humaine. En second lieu, il demande à la société d'exclure sur-le-champ ceux de ses membres que l'on reconnaîtrait coupables d'avortement, et de faire la plus grande publicité possible autour de leur nom. Il recommande aussi l'influence morale que chaque médecin peut exercer autour de lui sur l'opinion publique, et en particulier dans les familles où il donne ses soins. En résumé, ce sont là deux importants documents qui doivent attirer l'attention de tous ceux qui réfléchissent à la pratique journalière de l'avortement, et qui ont souci de l'accroissement des peuples comparé à leur état stationnaire ou à leur diminution.

Nous ne dirons, en terminant ce compte-rendu de la *Detroit Review of Medicine and Pharmacy*, que quelques mots du recueil de faits, si riche pourtant. Nous y avons remarqué : une grossesse gémellaire, rapportée par le Dr Robertson, et dans laquelle il n'y avait qu'un seul placenta, un chorion et un amnios. Aucune séparation entre les deux fœtus dans la cavité amniotique ; le placenta était normal. La mère avait déjà eu quatre autres enfants ; elle se croyait enceinte de cinq mois.— Un accouchement quadrigémellaire de filles chez une femme petite et phthisique. Les quatre enfants, bien portants, pesaient, avec le placenta, trente livres : le premier enfant s'est présenté par l'épaule droite ; les autres sont venus par les pieds. Deux placentas : à l'un s'inséraient trois enfants, à l'autre, un seul. La durée du travail n'a

été que d'une heure et demie. — Quatre cas de rupture de l'utérus : dans le premier, le Dr Preston indique, comme un nouveau symptôme, la présence d'une « tumeur située au-dessus du pubis, fluctuante comme la vessie, mais mieux délimitée. » A l'autopsie, on nota une petite perforation circulaire du côté gauche du col, au-dessous de l'orifice interne; de plus, une rupture plus considérable de la paroi antérieure du col, communiquant avec une vaste cavité sous-péritonéale, qui renfermait des caillots noirâtres et répondait à la tumeur sus-pubienne observée pendant la vie. La rupture utérine, indiquée par le Dr Lusk, s'est rencontrée à la dixième grossesse, avec présentation du siége et après quinze heures d'un travail très-lent. Déchirure intéressant le tissu musculaire et le péritoine dans un point situé à égale distance entre les orifices externe et interne; mais la lésion remontait plus haut du côté droit, où elle portait sur le corps de l'organe. A une sixième grossesse, le Dr Lusk a encore noté, après un travail très-prolongé et chez une femme épuisée, une vaste déchirure, siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus, au-dessus du col, et communiquant avec la cavité péritonéale. Dans le quatrième cas, celui du Dr Hutchins, il y avait présentation du bras droit; version Impossible. Collapsus soudain. Extraction de l'enfant et du placenta. Déchirure utérine suffisante pour laisser passer la main dans le péritoine.

Dr Ed. Labarraque.

REVUE DES JOURNAUX.

Kyste ovarien, quatre ponctions; deux grossesses et un avortement pendant l'existence de la tumeur; ovariotomie; guérison; menstruation par le pédicule; par le Dr T. F. Prewitt, de Saint-Louis. — Il s'agit d'une femme de 39 ans, mère de six enfants, chez laquelle on constata la présence d'une tumeur abdominale immédiatement après un accouchement normal au mois d'août 1864. Elle fut ponctionnée trois mois plus tard et l'opération a été renouvelée trois fois à deux ou trois années d'intervalle, et elle fut pratiquée pour la dernière fois au mois de mai 1874. La quantité de liquide évacuée chaque fois variait entre 4 et 6 litres. La malade éprouvait une grande amélioration après chaque ponction, mais l'émaciation et les autres troubles de la santé générale apparaissaient de nouveau à mesure que le liquide se reproduisait ; elle fut encore délivrée d'un enfant à terme et bien portant au mois de décembre 1866 et eut un avortement de quatre mois en octobre 1874.

L'ovariotomie fut pratiquée le 14 octobre 1875. La tumeur, qui n'était pas adhérente, fut vidée avec le trocart de Wells; elle contenait

environ 10 litres d'un liquide jaunâtre. Le sac était fixé à l'ovaire droit et avait pour pédicule la presque totalité du ligament large. On voyait presque distinctement le tube de Fallope qui longeait la base de la tumeur; il avait conservé sa forme normale quoique ayant subi une sorte d'élongation.

L'énucléation ayant été tentée sans succès, le chirurgien pratiqua la ligature, et le pédicule fut constitué par le péritoine, le tissu aréolaire et les vaisseaux. Après avoir nettoyé et épongé la cavité abdominale, on réunit les bords de l'incision à l'aide de sutures.

La guérison marcha assez rapidement et était à peu près complète au bout de 23 jours. La plaie abdominale n'était pas encore fermée le 13 janvier 1876, quatre mois après l'opération. A la place du pédicule on aperçoit une petite tumeur rougeâtre et bourgeonnante qui, *à chaque époque menstruelle, devient le siége d'un écoulement sanguin assez abondant et qui se continue pendant toute la durée de cette époque.* Ce curieux phénomène qui s'est renouvelé trois fois depuis l'opération ne semble avoir aucune influence sur la santé de l'opérée qui est dans un état très-satisfaisant.

(*American Journal of medical sciences*, avril 1876.) Dr Lutaud.

VARIÉTÉS.

Spéculum de Bouveret. — M. Bouveret, interne des hôpitaux, a fait construire, chez M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, un spéculum dont l'emploi nous semble devoir se généraliser très-rapidement à cause des avantages qu'il présente. Le spéculum que nous allons décrire, présente réunis, les avantages des deux spéculums les plus usités aujourd'hui : celui de Ricord et celui de Cusco.

M. Gallard, qui emploie le nouveau spéculum dans son service de l'hôpital de la Pitié, depuis le mois d'octobre 1875, pense que cet instrument peut être utilisé dans tous les cas où il est indiqué de se servir de l'un ou l'autre de ces deux spéculums.

Il doit rester cependant bien entendu que les autres spéculums seront conservés pour les indications spéciales qu'il s'agit de remplir.

Cela dit, voyons en quoi consiste le nouveau spéculum, nous verrons ensuite les avantages qu'il présente.

Le spéculum ressemble, dans son ensemble, au spéculum de Cusco, mais il en diffère très-notablement par les particularités suivantes :

L'extrémité utérine des valves A B (fig. 2), au lieu de se terminer

en bec de canard, est taillé en bec de flûte, comme dans le spéculum de Fergusson. Cette disposition laisse, par conséquent, entre les valves, un certain écartement qui en facilite l'introduction, ainsi que nous le verrons dans un instant.

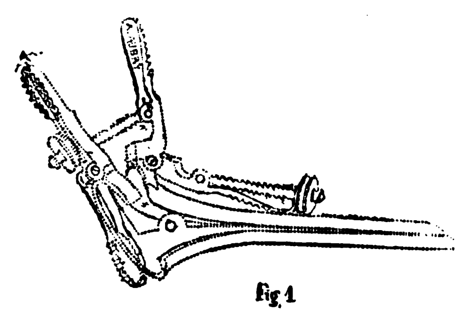


Fig. 1

Spéculum fermé, prêt à être introduit. Cette figure représente les manches de l'instrument ouverts et fermés, de façon à le rendre plus portatif.



Fig. 2

Cette figure représente le spéculum vu dans son ensemble et dans la situation où il se trouve quand il est introduit. A, B, Extrémité utérine des valves. C, Articulation des valves. D, D, Extrémité externe des valves entre lesquelles existe un écartement de plus d'un centimètre. E, Vis permettant de maintenir l'écartement des valves)

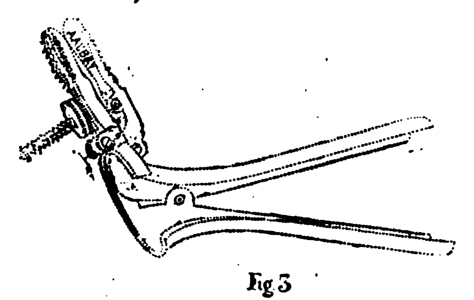


Fig. 3

Réprésente le spéculum au maximum d'écartement des valves.

Les deux valves sont réunies en C par une articulation entièrement semblable à celle du spéculum de Ricord. Cette articulation unique permet aux valves d'être libres, de tout contact, du côté opposé. Les manches sont à articulation, de façon à pouvoir se fermer afin de rendre l'instrument plus portatif (voy. fig. 1).

Voyons maintenant quels sont les avantages du nouvel instrument. L'extrémité utérine des valves taillée en bec de flûte, nous paraît très-utile, en ce qu'elle s'adapte très-bien à la disposition anatomique des parties. Le cul-de-sac vaginal postérieur étant plus profond que l'antérieur, la valve inférieure A D, qui est la plus longue, est destinée précisément à se loger dans ce cul-de-sac postérieur.

L'écartement situé entre l'extrémité des valves A B, permet, lors de l'introduction du spéculum, de suivre de l'œil le déplissement de la muqueuse vaginale, et d'arriver ainsi, sans tâtonnement, jusque sur le col de l'utérus et de n'ouvrir les valves que lorsque l'on est sûr d'être au contact de ce col. Quant à l'introduction à la vulve, elle se fait très-facilement, à cause de la disposition en bec de flûte que nous avons signalée.

L'articulation placée en C se trouve juste au niveau de la vulve; cette disposition permet d'éviter la dilatation de cette partie, qui est, comme l'on sait, la plus sensible et la moins dilatable du conduit vaginal.

L'absence d'articulation sur l'un des côtés, nous semble particulièrement utile, en ce qu'elle permet, quand on vient à pratiquer le cathétérisme utérin à travers le spéculum, de retirer ce dernier instrument sans abandonner de la main l'hystéromètre introduit dans le col.

Nous avons employé presque exclusivement le spéculum de Bouveret, depuis plus de huit mois, et nous devons reconnaître qu'il est d'un maniement aussi facile que celui de Cusco, et qu'il présente en même temps tous les avantages du spéculum de Ricord.

D[r] A. LEBLOND.

De l'absorption des substances toxiques par le lait. L'élimination de certaines substances introduites dans l'économie par le lait a été mise hors de doute par les expériences du D[r] Lewald dont nous avons donné précédemment la relation (1). Nous avions rapporté l'histoire d'une nourrice qui soumise à des préparations opiacées avait communiqué à son nourrisson de sept semaines un narcostisme qui avait failli l'emporter.

Un nouveau fait d'empoisonnement par l'opium contenu dans le lait maternel, nous est soumis par la presse étrangère (2). Malheu-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1875, p. 156.
(2) *Medical press and circular*.

reusement cette fois la dose d'agent toxique ingérée par le nouveau-né a été assez considérable pour déterminer la mort. Voici en deux mots la relation de ce fait :

Le coroner de Manchester procédait dernièrement à une enquête sur la mort d'un enfant âgé de deux jours.

Le père déclara au magistrat que son enfant qui paraissait bien se porter, était mort subitement peu d'heures après avoir pris le sein pour la première fois. La mère a eu des convulsions qu'il attribue à l'habitude qu'elle a de consommer de grandes quantités d'opium : 30 grammes au moins par semaine. Il y a environ un an que le mari de cette femme s'était aperçu de cette funeste habitude et loin de la détourner de l'emploi de ce médicament, il lui procurait lui-même le poison.

Le Dr Fletcher, appelé comme témoin, déclara que l'enfant avait été empoisonnée par le lait maternel. Le jury se prononça dans ce sens et recommanda au mari de restreindre autant qu'il le pourrait les doses du médicament.

D'un autre côté les journaux italiens et allemands rapportent l'histoire d'une épidémie observée aux environs de Rome et dont la source est curieuse. Un grand nombre d'habitants étaient atteints d'une irritation gastro-intestinale caractérisée par la diarrhée, des vomissements, une soif intense et une diminution notable dans la température et la fréquence du pouls.

Après quelques recherches, les médecins arrivèrent à soupçonner le lait de chèvre qui est d'un usage général dans le pays. Les animaux furent examinés par le vétérinaire et déclarés sains. Le lait fut analysé ainsi que les déjections des malades et l'on n'y trouva aucune trace de poison métallique.

Les soupçons se portèrent alors sur la pâture ordinaire des chèvres et celle-ci se trouva contenir quatre plantes plus ou moins vénéneuses : *clematis vitalba*, *conium maculatum*, *colchicum autumnale*, *plumbago europæa*. Les vomissements et le lait ayant été analysés de nouveau présentèrent les réactions chimiques propres à la *colchicine*.

Les deux nouveaux exemples d'empoisonnement que nous venons de relater sont fort intéressants à signaler et nous enseignent que nous ne devons jamais perdre de vue, lorsque nous administrons certaines substances toxiques, la possibilité de semblables accidents et aussi que nous devons veiller avec le plus grand soin, à ce que les animaux qui fournissent du lait aux nouveau-nés, ne prennent, dans leur nourriture, des substances pouvant déterminer des modifications dangereuses dans la sécrétion du lait.

Prix de l'Académie de médecine. — Parmi les prix proposés par l'Académie pour 1877, nous devons signaler les suivants :

Prix fondé par M. le Dr Capuron. — Question : « Du chloral dans le traitement de l'éclampsie. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Huguier. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements). Ce prix ne sera pas partagé : il sera de la valeur de 3,000 francs.

Les mémoires ou les ouvrages devront être envoyés à l'Académie avant le premier mai de l'année 1877.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau pessaire pour l'antéversion (*Obst. Soc. of London*, in *Obst. Journ.*, juillet 1876, p. 244).

Tumeur fibreuse de l'utérus; tétanos suivi de mort, par G DE GORREQUER-GRIFFITH (*Obst. Journ.*, juillet 1876, p. 220).

Cas de grossesse extra-utérine, par Martin-A. TINKER (*The Boston med. and surgical Journ.*, 18 mai 1876, p. 561.

De la contagion de la fièvre puerpérale, par Frank WELLS (*American supplement to the Obst. Journ.*, mai 1876, p. 17).

Cloisonnement du vagin, par HUMPREYS et FENNELL (*American supplement to the Obst. Journ.*, mai 1876, p. 19).

Oblitération du vagin, par FÉRÉ (*Société anatomique*, in *Progrès méd.*, 15 avril 1876).

Kystes dermoïdes de l'ovaire, par FÉRÉ (*Société anatomique*, in *Progrès méd.*, 15 avril 1876).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique et *Recherches sur l'insertion vicieuse du placenta, les déchirures du périnée, etc.*, par J. MATTHEWS DUNCAN, président de la Société obstétricale d'Edimbourg. Ouvrage traduit par le Dr P. BUDIN, avec une préface de M. S. TARNIER. Octave Doin, éditeur, Paris, 1876. Prix : 12 francs.

Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus, par le Dr Pichot, Paris, 1876. Henri Rey, éditeur. — Prix : 3 fr.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DEUX OBSERVATIONS D'ABLATION DE L'UTÉRUS INVERSÉ PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE (1).

Par M. le professeur A. Courty.

L'an dernier, au congrès de Nantes, j'eus l'honneur d'entretenir la section de médecine de plusieurs opérations pratiquées avec succès par la ligature élastique : j'énumérai des tumeurs sous-cutanées de diverses natures, des tumeurs de la langue, du rectum, du vagin, enfin des polypes de la matrice, l'élongation hypertrophique du col de cet organe et même la tumeur formée par l'utérus inversé irréductible.

(1) Travail présenté au Congrès de Clermont de l'Association française pour l'avancement des sciences.

En effet, à cette époque, j'avais eu déjà l'occasion de faire usage une fois, avec le plus grand succès, de ce procédé nouveau de ligature appliqué à l'inversion utérine. Depuis lors un de nos jeunes confrères, le Dr Arles, un de mes compatriotes et de mes élèves, a eu l'occasion d'appliquer de son côté, avec un égal succès, mes préceptes et mes conseils pour un cas d'inversion au sujet duquel il avait bien voulu me consulter.

Je pense que ces deux faits suffisent, par la facilité avec laquelle le résultat désiré a été obtenu, pour nous faire regarder aujourd'hui la ligature élastique comme le meilleur procédé de ligature que nous connaissions, pour faire, à peu près sans danger, l'ablation de la matrice retournée. En conséquence, on ne saurait leur donner trop de publicité; car le moyen si simple dont ils font ressortir l'efficacité et l'innocuité relative, pouvant être appliqué par tout praticien instruit, doit sauver de la mort ou tout au moins d'une existence misérable et semée de dangers, le nombre des femmes, encore considérable, qui deviennent victimes de cet accident à la suite de l'accouchement.

I. — C'est au mois de janvier 1874 que je pratiquai la première des opérations dont il est question.

Une sage-femme d'une ville voisine m'amena une jeune femme dont la vie était doublement menacée par les hémorrhagies graves produites par une inversion utérine dont elle était atteinte depuis quelques mois, et par la position sociale exceptionnelle que causait à cette infortunée une grossesse illégitime, condition première de son accident. Il y avait déjà six mois que l'accouchement avait eu lieu clandestinement et, s'il s'était produit un renversement de matrice, c'était par suite de la manière même dont cet accouchement avait dû se faire, par l'insuffisance de secours et par l'ignorance de la sage-femme, laquelle avait exercé des tractions intempestives et immodérées sur le cordon, la femme étant debout, pour extraire le délivre.

Depuis ce temps, la malade était en proie à des métrorrhagies, dont l'abondance et la fréquence l'avaient rendue si pâle et si maigre qu'elle pouvait à peine quitter le lit. Dans ces conjonctures, il était urgent de rendre à sa famille et à son entourage une malheureuse créature dont la consomption semblait faire tous les jours de nouveaux progrès.

Aussi, huit jours après l'époque présumée des règles (je dis présumée, car les métrorrhagies empêchaient de la déterminer avec certi-

tude), j'essayai de réduire l'organe par ma méthode, c'est-à-dire le col étant retenu par deux doigts de la main gauche introduits dans le rectum et courbés en crochets, pendant que la main droite refoule le corps de proche en proche à travers l'orifice cervical. Mais, bien que la malade fût convenablement chloroformisée, je ne pus parvenir à faire la réduction. J'essayai le pessaire Gariel (pessaire à air sphérique, dont l'application a suffi pour réduire l'inversion dans trois cas à ma connaissance) ; la malade ne put le supporter (ce que j'ai vu aussi maintes fois).

Je fis une seconde tentative de réduction aussi infructueuse que la première. Je m'assurai alors, autant qu'on le peut, qu'il n'y avait aucune anse intestinale dans la cavité péritonéale de la tumeur et je me décidai à en tenter immédiatement l'ablation. J'appliquai sur le col inversé de la matrice (dont le volume était celui d'une belle pomme d'api) un tube en caoutchouc de petit calibre, que je serrai modérément et que je fixai dans ce degré de tension en en embrassant les deux chefs dans une ligature de fil ciré très-fortement serrée. L'application, la tension et la constriction de la ligature furent singulièrement facilitées par l'abaissement du corps de l'utérus, à l'aide de pinces-érignes, au-dessous de la vulve.

La ligature appliquée, je refoulai la tumeur dans le vagin, et la malade dut garder le lit : je lui fis, dans la journée, deux injections sous-cutanées, de 1 à 2 centigrammes chacune, d'hydrochlorate de morphine ; la douleur consécutive à l'opération fut presque nulle.

Le lendemain, j'abaissai encore doucement la tumeur et je serrai plus fortement la ligature, autant que je le pus sans déchirer le caoutchouc distendu. La douleur fut modérée et aisément combattue par des injections sous-cutanées de morphine que je n'eus pas besoin de continuer plus de deux jours.

La malade fut condamnée au repos absolu dans le lit, avec prière de garder une immobilité aussi complète que possible et strictement surveillée à ce point de vue. Quatre fois par jour, au moins, des injections furent faites au fond du vagin avec beaucoup de lenteur et de douceur, pour en expulser toute sécrétion vaginale et tout liquide purulent et putride, à l'aide d'eau tiède et de coaltar saponiné de Lebeuf, de manière à désinfecter parfaitement la partie. Des pilules de 1 centigramme chacune d'extrait thébaïque furent administrées d'heure en heure, pour assurer le calme général et particulièrement l'immobilité de l'intestin et la constipation. Une alimentation légère et très-nutritive fut donnée à la malade : purée de viande, bouillons, consommés, potages, vin, confitures.

Aucun accident ne se déclara : il n'y eut aucun symptôme de péritonite proprement dite ; mais il survint de la tension, de l'endolorisse-

ment à l'hypogastre, de la douleur par la miction urinaire et la nécessité d'extraire de temps en temps l'urine par la sonde.

Le huitième jour, voyant que tout se passait très-heureusement, je fis administrer de quatre en quatre heures une cuillerée à café d'huile de ricin, pour débarrasser l'intestin, en recommandant à la malade de ne faire aucun effort de défécation. Cet acte que je redoutais un peu, et que je ne voulais pourtant pas renvoyer plus loin, de peur qu'il ne concordât avec la chute de la ligature, n'entraîna aucun accident.

Après 13 jours révolus, dans le courant du quatorzième jour, la tumeur, sur laquelle je n'exerçai aucun effort se trouva entièrement détachée. La plus légère traction suffit pour ramener au dehors l'anse élastique. Des pinces à griffe, conduites sur le doigt indicateur, me permirent de ramener l'utérus entièrement séparé du col, dans un point correspondant à peu près à la partie moyenne de la portion cervicale.

Dans la tumeur enlevée je ne trouvai aucun organe étranger, sinon deux centimètres environ des trompes de Fallope et de l'aileron correspondant, et quelques néomembranes établissant des adhérences entre plusieurs points opposés du péritoine utérin, adhérences qui paraissaient remonter aux accidents inflammatoires, heureusement légers et localisés, qui avaient suivi l'accouchement.

Je fis garder le lit à la malade pendant une quinzaine de jours, particulièrement au moment présumé du retour des règles, lequel fut signalé par des symptômes marqués de molimen ovarique, mais sans écoulement d'une seule goutte de sang, ni aucun autre accident.

La malade partit après un séjour de deux mois environ à Montpellier. A ce moment, l'examen par le toucher et par le spéculum laissait constater, au fond du vagin, un bourrelet dur, circulaire, avec un orifice linéaire transversal, en un mot un museau de tanche, ressemblant, autant que possible, à une portion vaginale du col tout à fait normale et derrière laquelle je n'aurais jamais soupçonné l'absence d'utérus, si l'association du toucher rectal et du cathétérisme vésical ne m'avaient permis de constater une fois de plus avec quel degré de certitude on peut diagnostiquer cette absence, rendue plus évidente encore par l'impossibilité de cathétériser la cavité utérine. J'ai eu l'occasion de faire la même remarque dans tous les autres cas d'inversion que j'ai opérés précédemment.

II. — La seconde observation a été recueillie par M. Arles, dans sa clientèle privée, le 20 novembre 1875. Je laisse à mon jeune confrère le soin d'en publier les détails, que je ne connais d'ailleurs qu'imparfaitement. Je sais seulement que la maladie remontait à 18 mois, que la ligature élastique fut appliquée sur le col d'après ma méthode et

mes conseils et que l'utérus tomba le douzième jour, sans accident d'aucune espèce, laissant l'opérateur émerveillé de la simplicité, de l'innocuité et de l'efficacité de l'opération.

M. Arles voulut bien me montrer l'utérus séparé, qui offrait aussi deux points d'adhérence vers la partie la plus profonde de son revêtement péritonéal et avait conservé une mollesse remarquable. Depuis lors, M. Arles a remarqué aussi que sa malade présente au fond du vagin un museau de tanche en apparence normal et qui ne laisse pas soupçonner l'absence de la presque totalité de la matrice.

Je m'abstiendrai de tout commentaire. Je me contenterai de rappeler que dans mon *Traité des maladies de l'utérus*, condamnant la section, l'écrasement linéaire, la ligature suivie de section, j'ai toujours donné la préférence à la ligature simple, dont l'efficacité est également démontrée par la statistique et par les lois de la pathologie. J'ai été heureux de voir, depuis lors, quelques confrères prêter l'appui de leur pratique et de leur talent à défendre la même cause. Notre excellent et savant collègue, M. Denucé, de Bordeaux, a communiqué récemment à l'Académie de nouvelles observations en faveur de l'efficacité et de l'innocuité de la ligature.

La ligature a pourtant quelques inconvénients : celui d'être trop peu serrée et de rester inefficace ; celui de l'être trop et d'amener, avec des symptômes d'étranglement, une gangrène rapide de l'organe, source d'accidents putrides demandant les soins antiseptiques les plus minutieux; on celui de nécessiter la constriction d'un serre-nœud, toujours difficile à régler et réclamant une surveillance des plus assidues.

Aussi, avant d'avoir expérimenté tous les avantages de la ligature élastique, essayai-je, dans deux cas qui me furent soumis, la section lente de l'utérus à l'aide de l'anse galvano-caustique. Cet essai a été fait également, si mes souvenirs ne me trompent pas, par un autre chirurgien et probablement avec succès.

Chez une première malade, l'anse galvano-caustique entourant le col fut échauffée quelques secondes et refroidie quelques minutes, alternativement trois ou quatre fois, de manière à la faire pénétrer, en la serrant chaque fois un peu plus, dans la

partie carbonisée. La même manœuvre fut recommencée toutes les quatre heures (sauf pendant la nuit), de telle sorte qu'en deux jours l'utérus tomba, sans que l'ouverture qui résultait de la section parût rester béante; néanmoins une péritonite pelvienne légère en fut la conséquence et la malade fut bientôt sur pied.

Chez une seconde malade, pour éviter le développement de la péritonite, je me contentai de creuser un sillon avec l'anse galvano-caustique, et j'appliquai dans ce sillon une ligature en fil végétal, très-fort, que je serrai avec un serre-nœud. La malade guérit assez facilement; mais je fus obligé de réappliquer deux fois, dans l'espace de six jours, le fil qui s'était dérangé et de répéter fréquemment les lotions antiseptiques.

Chez une troisième malade, je voulus tenter, comme chez la première, la section lente, à répétitions, par la seule anse galvano-caustique qui, en définitive, avait eu une réussite encourageante. Mais l'irritabilité nerveuse de la malade surexcitée par une irrégularité dans la marche de la pile (irrégularité qui m'a fait définitivement renoncer à l'emploi de cet instrument, tant qu'il ne sera pas réglé, pour chaque emploi particulier, par un physicien, ou qu'il n'aura pas été singulièrement perfectionné), amena peu à peu des attaques d'hystérie de plus en plus formidables, lesquelles firent place à un délire furieux, suivi d'attaques éclamptiques et d'une congestion cérébrale qui emporta la malade le quatrième jour après le détachement complet de l'organe, du reste sans trace de péritonite.

Dès lors, je renonçai à toute méthode de diérèse autre que la ligature ulcérative, et dès que j'eus fait mes premières tentatives de section de fistules à l'anus ou d'ablation de tumeurs par la ligature en caoutchouc, je ne songeai pas à en appliquer d'autre à la section de l'utérus inversé.

De peur de ne pouvoir abaisser l'utérus, il faut se munir de tubes métalliques de Gooch, à l'aide desquels on peut embrasser, au fond du vagin, dans l'anse de caoutchouc, le pédicule de l'utérus inversé, comme on ferait du pédicule d'un polype. En unissant ces tubes par une petite tige métallique à anneaux géminés, on a un excellent serre-nœud, sur l'extrémité exté-

rieure duquel on arrête par une bonne ligature de fil ciré les deux chefs du tube en caoutchouc fortement tendus. Le seul temps de l'opération qui offrit quelque difficulté, était l'introduction des tubes de caoutchouc dans les tubes métalliques; j'ai fait fabriquer, par M. Mathieu, justement à cette occasion, un mandrin dont l'extrémité amincie s'engage dans le caoutchouc, de manière à pouvoir ensuite entraîner facilement avec lui le tube élastique à travers le tube métallique. De cette façon l'opération est bien réglée, elle n'est ni longue, ni difficile.

Pour préciser la ligne circulaire sur laquelle on désire faire porter la section, et pour être bien sûr que l'anse de caoutchouc, sujette à glisser, ne pourra pas l'abandonner, je propose de tracer d'abord un sillon tout le long de cette ligne, comme je l'ai fait dans des cas d'allongement hypertrophique du col, à l'aide de la cautérisation actuelle. Ce sera d'autant plus aisé, qu'aujourd'hui, au lieu du fer chauffé ou de l'anse galvano-caustique, on peut se servir avec d'incontestables avantages, du thermo-cautère du Dr Paquelin. M Collin a bien voulu construire, sur ma demande et d'après mes indications, un thermo-cautère-couteau courbe qui permettra de creuser facilement, au niveau du point sur lequel on veut pratiquer la section, un sillon circulaire plus ou moins profond, dans lequel s'enfouira sûrement l'anse élastique.

La ligature élastique, remarquable jusqu'ici par son efficacité autant que par son innocuité, devenant ainsi d'une application aussi précise que facile, tout nous autorise à penser que ce procédé de ligature est de beaucoup préférable à tous les autres, comme la méthode de la ligature est préférable elle-même à toutes les autres méthodes, pour l'ablation de l'utérus inversé irréductible.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DES FIBROIDES INTRA-UTÉRINS.

Par le Dr Boissarie (de Sarlat).
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

On reconnaît généralement, en France du moins, que les corps fibreux sous-péritonéaux, ou interstitiels, ne sont justiciables d'une opération que dans des cas tout à fait exceptionnels. Au contraire, lorsque ces tumeurs viennent faire saillie dans la cavité utérine, franchissent le col, remplissent le vagin, l'indication d'une intervention active paraît formelle. Ce sont alors des polypes fibreux; leur nom a changé plutôt que leur nature, et on leur applique trop indistinctement peut-être, le traitement général des polypes : l'excision ou la ligature.

Cette similitude de nom peut conduire, dans la pratique, à des erreurs regrettables. La forme importe peu; toutes les indications découlent des liens de connexions plus ou moins intimes qui unissent ces tumeurs à l'utérus, de l'étendue et du siége de leur pédicule. En acceptant cette dénomination de polype universellement adoptée, nous devons éviter de nous laisser entraîner à de fausses applications par cette terminologie incorrecte.

Ces tumeurs, en effet, par leur structure, sont identiques à celles qui font saillie dans le péritoine, ou sont logées dans les parois utérines; elles en diffèrent pourtant par un point essentiel. Dans les tumeurs fibreuses proprement dites, le tissu est distinct de celui de l'utérus; tandis que quelques polypes étant constitués par une excroissance du tissu utérin, leur texture et celle de la matrice sont inextricablement entremêlées.

En outre, la substance du polype est habituellement plus consistante que celle de la paroi adjacente. Le pédicule est formé de faisceaux de fibres utérines qui se prolongent à une distance variable le long de la tumeur et l'enveloppent parfois

comme la cupule entoure le gland. Dans ces cas, la connexion est intime et l'énucléation véritablement impossible, les parois de la matrice ont souvent d'ailleurs subi à ce niveau un amincissement très-considérable.

Ces données toutes rationnelles trouvent dans les faits publiés une confirmation formelle.

M. le Dr Tillaux lisait à la Société de Chirurgie (décembre 1874) la relation d'un cas de tumeur fibreuse insérée sur le fond de l'utérus et enlevée à l'aide de la chaîne de l'écraseur; la malade était morte dans l'espace de 48 heures. Malgré l'habileté du chirurgien, malgré toutes les précautions prises, une portion du fond de l'utérus fut enlevée avec la tumeur.

Dans un cas analogue, M. Odier, chirurgien de l'hôpital de Genève, incise la muqueuse qui recouvre la tumeur, énuclée le polype avec ses doigts sans tractions violentes et même sans difficulté, et cependant, à l'autopsie, on trouve une perte de substance au fond de l'utérus. (*Annales de gyn.*, mars 1876.)

Les recueils étrangers nous fourniraient en grand nombre des exemples semblables. Mais ces citations suffisent pour nous montrer les difficultés et les dangers qui accompagnent l'ablation de ces volumineux fibroïdes intra-utérins.

Pour entreprendre de semblables opérations, il faut avoir la main pour ainsi dire forcée par la gravité des accidents et n'entrevoir aucune autre chance de salut. Ces deux conditions ne doivent pas se présenter dans la majorité des cas.

Dans la discussion qui suivit la relation de M. Tillaux à la Société de chirurgie, M. le Dr Desprès disait : que dans un cas analogue, il s'était abstenu après avoir vainement cherché à atteindre la limite supérieure du polype et avait renvoyé la malade chez elle. Je me suis abstenu également dans des conditions semblables, chez une femme atteinte d'un énorme polype qui remontait au-dessus de l'ombilic et venait faire saillie jusqu'à la vulve. J'assiste depuis plusieurs années à la résorption graduelle de ce corps fibreux; tout accident local a disparu, la santé générale ne laisse rien à désirer.

Faut-il ne voir dans cet exemple qu'un fait exceptionnel? ou bien pouvons-nous croire que souvent, dans ces affections, la

nature est aussi puissante que l'art pour sauvegarder l'existence des malades? Tout l'intérêt de notre observation réside dans la solution de ce problème.

Nous allons résumer, dans ses principaux détails, le fait que nous avons observé.

Il y a dix ans, la femme Chamb (Meyral, Dordogne), âgée de 41 ans, mariée depuis vingt ans, mais n'ayant jamais eu d'enfants; d'une bonne santé habituelle et jusque-là bien réglée, éprouva des pertes qui se confondaient avec ses règles, dont elles ne faisaient qu'augmenter l'abondance et la durée. Peu à peu l'écoulement de sang devint continu et le ventre prit un développement sensible. On avait cru d'abord à une grossesse, mais bientôt il fut possible de constater la présence d'un corps fibreux qui remplissait l'utérus distendu.

Un médecin et une sage-femme appelés à ce moment appliquèrent le forceps et par de forts tractions arrachèrent une énorme masse fibreuse à moitié mortifiée. Il était arrivé dans ce cas un phénomène facile à interpréter; une fois dans le vagin la partie de la tumeur accessible à l'air s'ulcère, s'enflamme, et par suite se ramollit et se gangrène partiellement. Il y eut pendant quelques jours un écoulement sanieux assez abondant, mais bientôt tout sembla rentrer dans l'ordre et la malade éprouva un soulagement momentané.

Cependant cette amélioration ne fut pas durable, bientôt les hémorrhagies reparurent avec la même intensité et avec elles le cortége des premiers accidents.

La malade vint réclamer alors les conseils de notre excellent confrère le docteur Delisle, de Périgueux; celui-ci après un examen minutieux, lui donnait rendez-vous à quelques jours de distance pour tenter une opération définitive. Les hémorrhagies ayant redoublé dans cet intervalle, la femme Chamb fit appeler de nouveau son premier médecin. Ce dernier, avec des pinces d'abord, avec le forceps ensuite, essaya d'amener cette énorme masse à l'extérieur. Il fit dans ce but des tractions violentes qui restèrent sans résultat. Il ne put extraire que quelques lambeaux à demi mortifiés de tissu fibreux. C'est dans ces conditions que cette malade me fut adressée; je l'ai vue pour la première fois il y a six ans, elle avait alors 45 ans; la perte de sang était continue et très-abondante, l'anémie consécutive très-prononcée. Voici les résultats de mon premier examen.

En entrouvrant l'orifice vulvaire, j'aperçois une masse volumineuse, blanchâtre, présentant çà et là des points rouges plus ou moins étendus et quelques-uns d'une teinte foncée. En passant le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale, non-seulement on ne peut arriver sur le pédicule, mais encore il est impossible de sentir les lèvres du

museau de tanche. Libre d'adhérences dans toute l'étendue accessible, la tumeur est lisse, pyriforme; elle remonte un peu au-dessus de l'ombilic et donne à l'abdomen un volume et une dureté considérables. Je me trouvai donc en présence d'un de ces polypes énormes, improprement appelés grossesses fibreuses. Cette tumeur n'était pas entièrement solide, mais renfermait dans ses vacuoles de nombreux kystes accidentels et se rapprochait ainsi des tumeurs décrites sous le nom de fibro-kystiques. Elle était d'ailleurs formée de fibres entre-croisées dans tous les sens d'un blanc rose. Ces fibres circonscrivent dans leurs intervalles des trabécules plus ou moins grands dont quelques-uns atteignent une certaine dimension. Ces trabécules sont remplis par de la sérosité; quant à la tumeur elle est presque entièrement constituée par des fibres musculaires lisses.

Comme les médecins qui m'avaient précédé, j'essayai tout d'abord d'attirer cette tumeur à l'extérieur avec de fortes pinces; je ne pus y réussir. Pour faciliter mes manœuvres je sectionnai avec des ciseaux guidés sur le doigt toute la partie accessible. Il s'écoula une assez grande quantité de sérosité sanguinolente, et, après avoir débarrassé le vagin, je pus sentir le col et pénétrer dans la cavité utérine, mais je ne pus m'élever jusqu'au point d'implantation. Je renouvelai vainement mes premières tractions, le tissu se déchirait sous mes pinces et je n'obtenais aucun résultat. Un peu indécis sur le parti que je devais prendre, je remis l'opération au lendemain, décidé à glisser un fil et un serre-nœud le plus loin possible sur le trajet du polype. Le lendemain, je ne pus donner suite à mon projet, le col s'était en partie refermé et la production fibreuse était tout entière dans la cavité utérine. Les jours suivants le col continue à se fermer, l'écoulement diminue peu à peu; en peu de jours la malade était sur pied et demandait à retourner chez elle. L'amélioration se maintint pendant plusieurs mois mais ne fut pas définitive. Le polype sortit de nouveau de la cavité utérine, s'avança jusqu'à la vulve et arrivé là subit une mortification partielle. Je dus renouveler ma première tentative, exciser toutes les parties accessibles. Comme la première fois, le col put se refermer et la malade se croire momentanément guérie. Trois fois j'ai eu recours à la même manœuvre et trois fois j'ai obtenu les mêmes résultats, sans complication ni accidents d'aucune sorte. Ce n'est pas de parti pris que j'ai adopté cette ligne de conduite, c'est au contraire bien malgré moi que j'ai dû renoncer à l'ablation totale et m'en tenir à des excisions partielles. L'abaissement du polype n'a pu être obtenu et aurait d'ailleurs entraîné les dangers les plus graves; d'un autre côté, je n'ai pu glisser la main dans l'utérus pour arriver au point d'insertion d'un polype qui remontait jusqu'à l'ombilic.

Quoi qu'il en soit, depuis trois ans ce polype cesse de croître, il

ne sort plus de la cavité utérine et subit un mouvement de résorption marqué. Les pertes ont entièrement cessé; la santé générale est très-bonne. La malade se livre à des occupations assez pénibles. Il n'y a ni douleur, ni gêne, ni trouble d'aucune fonction. Ce temps d'arrêt a coïncidé manifestement avec la ménopause, et tout nous permet d'espérer, après trois ans d'une amélioration qui ne s'est pas démentie, que le travail de régression continuera son cours sans accident.

Eussions-nous obtenu mieux avec une opération radicale? Je ne le crois pas.— Ces polypes fibreux de grand volume, suivent dans leur développement les mêmes lois que les corps fibreux sous-péritonéaux. Il arrive un moment où ils cessent de croître et subissent une résorption graduelle.

Avant d'intervenir activement et de tenter l'ablation de ces tumeurs, il importe de tenir grand compte de leur marche, de l'âge des malades, des complications qu'ils entraînent. Ces complications, dans le cas actuel, furent de peu d'importance et sans rapport avec le volume de la tumeur; les fonctions de la vessie et du rectum ne furent que peu troublées; mais on a noté souvent qu'une tumeur assez considérable pour remplir presque complètement la cavité du bassin, peut causer moins de gêne et de douleur qu'une excroissance peu volumineuse. On s'explique ce résultat par l'accroissement lent de la tumeur qui donne ainsi aux parties voisines le temps de s'adapter à de nouvelles conditions.

Le fait que nous analysons vient confirmer une donnée assez généralement admise et qui établit que l'on peut laisser sans danger dans la matrice une portion du corps fibreux. Marion Sims cite plusieurs exemples d'ablation partielle, le Dr Polaillon rapportait à la Société de chirurgie la relation d'un polype sectionné loin de son point d'implantation et qui avait peu à peu disparu entièrement. La septicémie ou l'infection putride sont loin d'être la règle à la suite du sphacèle que peut entraîner l'extirpation incomplète.

En résumé donc, si l'enlèvement d'un fibroïde intra-utérin bien pédiculé et de moyen volume est une opération sûre et facile, l'extirpation complète d'un fibroïde très-volumineux, à

attache sessile, est excessivement dangereuse. Le soin ou le désir de débarrasser à tout prix les malades d'une affection qui les tourmente, peuvent seuls faire oublier qu'une opération accompagnée de tant de dangers ne peut se justifier que par une indication pressante et des accidents qu'on ne peut conjurer par tout autre moyen.

Dans le fait actuel, nous avions à lutter contre une énorme tumeur fibro-kystique, qui entretenait des métrorrhagies abondantes et des écoulements fétides. Ces tumeurs, par leur marche rapide, leur développement considérable, appartiennent à la classe la plus dangereuse des fibroïdes intra-utérins. Cependant il a suffi de retrancher, par des excisions partielles, les parties mortifiées pour arrêter tous les accidents et attendre le retrait graduel de ce corps fibreux. Après trois ans d'une amélioration qui ne s'est pas démentie, nous avons tout lieu d'espérer que nous obtiendrons la disparition à peu près complète de cette excroissance. Si, au contraire, nous avions voulu quand même, par des manœuvres laborieuses, des opérations multipliées, sectionner ce polype au niveau de son point d'implantation, nous aurions fait courir à cette malade les plus grands dangers et notre observation viendrait probablement grossir le nombre déjà trop grand des cas malheureux.

NOTE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES GERÇURES DU MAMELON.

Par M. le Dr **Le Diberder**,

Médecin en chef de l'hopital de Lorient.

Il y a peu de misères plus communes et aussi douloureuses que les gerçures du mamelon chez les nourrices, surtout au début de l'allaitement, et ici je comprends tous les degrés et toutes les variétés de cette affection. Nos formulaires contiennent cependant un bien grand nombre de médicaments et de recettes de toute nature vantés contre ce mal; mais l'abondance des moyens est en raison directe avec leur peu d'efficacité, ou

mieux de leur inefficacité, voire même l'eau de Madame Delacour, préconisée par Cazaux.

C'est qu'en réalité, les gerçures ne sont pas tout le mal; elles ne sont qu'une manifestation d'un trouble général si commun dans l'état puerpéral.

Donné dit très-bien, dans son petit volume (*Conseils aux mères*), que les gerçures sont la conséquence de la nature du lait. De cette proposition il était facile de déduire que si le lait n'a pas toutes les qualités désirables, c'est que le sang d'où il émane n'a pas lui-même des qualités normales.

En effet, dès que les gerçures se sont prononcées et la période ascendante est rapide, l'état général ne tarde pas à s'ébranler. Le pouls s'accélère, la peau devient brûlante, la soif vive, la courbature générale et la sueur termine l'accès. En résumé, l'accès de fièvre s'accentue et prend souvent de fortes proportions.

Est-il nécessaire d'ajouter que les deux grandes fonctions de la réparation, le sommeil et l'appétit, se ressentent de ce trouble général.

Dès que la fièvre est établie, les gerçures deviennent de plus en plus douloureuses; elles augmentent en surface et en profondeur; elles deviennent saignantes. L'allaitement n'est plus possible, il faut le suspendre.

Il faut encore s'estimer heureux si, sous l'influence de ces accès de fièvre, qui prennent franchement l'allure périodique à intervalles de plus en plus courts, les lymphatiques et les ramuscules veineuses ne s'enflamment et n'entraînent l'engorgement, prélude de l'abcès.

En tout cas, les gerçures étant la conséquence d'un état pathologique qui se traduit ou va se traduire par des accès de fièvre, le traitement qui en découle consistera nécessairement dans l'emploi des fébrifuges. En d'autres termes, les gerçures du mamelon sont au premier chef justiciables de la quinine.

Voici trente ans que je mets ces principes en pratique; j'ai toujours vu l'amélioration suivre de près l'emploi de la quinine. Dans cette voie, la guérison était rapide : 3 à 5 jours.

Elle est évidemment plus rapide si le traitement est appliqué

de bonne heure et si les premières doses préviennent le retour de l'accès. La durée est plus longue si le mal a déjà fait de grands progrès sous l'influence des accès répétés. Dans tous les cas, je le répète, l'amélioration est rapide.

J'avais toujours pensé que cette manière d'interpréter la nature des gerçures du mamelon avait dû germer et fructifier dans le monde médical. J'ai fait de vaines recherches. J'en étais là de mon travail, quand je reçus, il y a trois jours, le mémoire de notre excellent confrère M. le Dr Regnault, professeur à l'école de Rennes, sur le même sujet (1). Cet exposé consciencieux des différents moyens employés jusqu'ici ne comprend que le traitement local des gerçures et passe complètement sous silence l'état général et le traitement qu'il impose.

Je pourrais m'abstenir de faire suivre le raisonnement qui précède d'observations ; aussi j'en serai sobre, bien que je n'aie que l'embarras du choix. Il est très-facile à tous les praticiens d'en faire l'essai et de contrôler l'exactitude de mes assertions.

Je me bornerai donc à quatre faits, où il me sera plus facile d'exposer le traitement.

Dans l'ordre d'idées que je viens d'exposer, il est clair que je n'accorde qu'une valeur secondaire au traitement local. Je me borne le plus souvent à l'usage du baume du Samaritain ou du beurre de Lucas, ou même des cataplasmes soit d'amidon, soit de farine de lin. Ces moyens ont pour seul effet de protéger les parties malades.

L'amélioration, comme je l'ai déjà dit, étant rapide, j'ai bien peu recours aux bouts de sein.

Je n'ai plus qu'à exposer en résumé mes observations :

OBSERVATION I

Madame B..., âgée de 36 ans, déjà mère, accouche naturellement d'un second enfant, le 12 janvier 1876. — L'enfant est mis au sein, 12 heures après la venue au monde.

---

(1) *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, no 12, 1er juillet 1876, p. 339.

La montée du lait se fait le troisième jour. Le pouls ne dépasse pas 78 pulsations.

Dès le cinquième jour les deux mamelons deviennent douloureux ; il est facile d'y constater deux gercures placées à l'extrémité qu'elles ne dépassent pas. La nuit du cinquième au sixième jour a été douloureuse, chaleur suivie de sueur. La prise du sein devient très-pénible.

Je prescris 40 centigrammes de sulfate de quinine le matin avant le chocolat et une dose semblable à 10 heures 1/2 du matin. Dès le soir la douleur est moins vive. La nuit suivante est meilleure, la sueur est moins abondante au réveil.

Le septième jour, même prescription. L'amélioration s'accentue; l'appétit qui avait fléchi la veille est revenu bon. La malade s'alimente convenablement, sans être rationnée. Le huitième jour les douleurs ont cessé. La prise du sein ne donne d'autre sensation que celle d'une sensibilité exagérée. — Je maintiens encore trois jours l'usage de la quinine, dont la dose est de 50 centigrammes, en deux prises. — La guérison complète ne s'est pas démentie.

OBSERVATION II.

Madame K..., âgée de 36 ans, mère de deux enfants, accouche naturellement d'un troisième enfant. Aucun accident ne survient. Contre les contractions alternant avec l'inertie et produisant ce que les femmes appellent des coliques j'administre dès la délivrance une potion à l'ergot de seigle (1) et j'en donne une cuillerée à bouche de 10 en 10 minutes.

L'effet de cette potion a été, chez cette malade, aussi complet que possible. L'utérus est resté contracté et la succion n'a pas produit de coliques qui étaient très-prononcées lors de ses deux premiers enfants.

Le nouveau-né est mis au sein quatre heures après l'accouchement. La montée du lait se fait pendant le troisième jour, le pouls ne dépasse pas 70 pulsations.

Dans la soirée du quatrième jour, le mamelon droit devient douloureux. La nuit qui suit est moins bonne, soif, chaleur, sueur le matin.

---

(1)

Poudre récente de seigle ergoté.	2,00
Alcoolat de menthe...........	6,00
Sirop de coings...............	20,00
Eau........................	35,00

Potion.

Le cinquième jour je constate une gerçure s'étendant du bout du sein à sa base, la succion est très-douloureuse.

Je prescris 50 centigrammes de quinine en deux prises : la première le matin, la seconde à dix heures et demie.

Dès le soir même la succion est moins douloureuse.

Le sixième jour la gerçure ne s'est pas étendue, la nuit a été meilleure.

Je conseille de continuer le traitement de la veille et d'en faire usage pendant cinq jours.

Mais le mal ayant disparu le quatrième jour de son apparition, le malade ne prend pas la cinquième dose.

A vingt-cinq jours de là madame K... est reprise d'un accès de fièvre qui ramène la gerçure.

L'usage de la quinine est repris aux mêmes doses. L'accès ne se renouvelle pas. La gerçure a suivi la même marche.

Je n'ai appliqué sur la gerçure que du baume du Samaritain.

OBSERVATION III.

Madame G..., 29 ans, troisième accouchement. C'est une forte femme, très-bien constituée. L'accouchement s'est accompli dans les conditions les plus naturelles. Comme j'en ai l'habitude, j'ai donné à titre de moyen préventif et pour maintenir l'utérus contracté, la petite potion avec l'ergot de seigle; mais, bien que l'enfant n'ait été mis au sein que le quatrième jour, les coliques se sont fait sentir, sans hémorrhagie.

La montée du lait était complète à la fin du troisième jour. Le pouls n'a pas dépassé 80 pulsations.

L'enfant mis au sein, comme je l'ai dit, le quatrième jour, prend avidement.

Dès le sixième jour au matin, deux petites gerçures se voient aux extrémités des mamelons, la succion est douloureuse. Dans l'après-midi un frisson de 10 minutes de durée, suivi de chaleur, de soif et de sueur; point d'appétit pour le dîner. Les gerçures se sont agrandies et sont devenues plus douloureuses.

Dès le soir je prescris 40 centigrammes de sulfate de quinine.

Cette malade avait eu recours dès la veille à l'eau de madame Delacour. J'en suspends l'usage.

Le lendemain septième jour, les gerçures sont un peu moins douloureuses. — Prescription : 40 centigrames de sulfate de quinine dès le matin et 25 dans l'après-midi.

Le huitième jour, l'amélioration est très-marquée.

Je conseille l'usage de la quinine pendant les trois jours suivants. Les gercures n'ont pus reparu.

Observation IV.

La femme B..., 24 ans, se présente à la consultation de l'hôpital le 21 avril. Elle est accouchée depuis un mois. Il y a déjà 10 jours qu'elle a commencé à souffrir des mamelons.

Ceux-ci sont ulcérés dans toute leur étendue, l'épiderme est enlevé depuis la base jusqu'au sommet, l'état général est déplorable : la face exprime une extrême fatigue, le teint est jaune (mélanémie), l'allaitement est devenu impossible, la douleur qu'il détermine est atroce. Chaque soir elle est prise de frisson suivi de chaleur et de sueur.

Elle a perdu le sommeil et l'appétit, elle s'est bornée à appliquer matin et soir, sur chaque sein, un cataplasme de farine de lin, qui n'ont pas empêché le mal de progresser rapidement.

Je prescis 40 centigrammes de quinine, à sept heures et à onze heures du matin.

L'usage du vin de quinquina en terminant le dîner ou le souper.

Continuer l'usage des cataplasmes.

Elle revient le 25 avril. La face est bonne et exprime la satisfaction. Elle est mieux et elle souffre beaucoup moins. Le sommeil et l'appétit reviennent ; les sueurs sont très-peu prononcées.

Je réduis chaque dose de quinine à 30 centigrammes et j'insiste sur le vin de quinquina.

Quatre jours après cette dernière visite, elle a pu remettre son enfant au sein.

Je pourrais ajouter d'autres observations, mais il est très-facile d'expérimenter le traitement que je préconise et qui ne peut avoir rien de fâcheux.

SUR LE DÉVELOPPEMENT

DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

CONFÉRENCES FAITES AU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE ZOOLOGIQUE DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES (1)

(SUITE ET FIN) (2).

Par M. G. Pouchet

Recueillies par M. Sinoir

Messieurs,

Avant d'aborder l'étude du testicule, je vais vous présenter plusieurs coupes d'un embryon de mouton long de 6 centimètres. Dans ces coupes vous verrez les différentes périodes d'évolution des organes qui nous occupent.

Coupe n° 1. — Sur la première préparation, notre embryon est sectionné transversalement, immédiatement au niveau de la région supérieure du rein; nous trouvons au centre le système nerveux, la colonne vertébrale, l'aorte. La coupe du rein à ce niveau (partie supérieure de l'organe) représente un cercle. Il est donc dans cette région cylindrique. Entre le rein et l'aorte, on aperçoit un autre corps, c'est la capsule surrénale.

Coupe n° 2. — Sur une seconde coupe faite un peu au-dessous de la précédente, nous reconnaissons le rein, dont la coupe est encore circulaire. La capsule surrénale n'existe plus et sur la partie *externe* du rein nous voyons appliqué le corps de Wolff.

(1) Cinquième, sixième et septième leçons.

(2) Voir le numéro d'août, p. 81.

Coupe n° 3. — Sur une troisième coupe au-dessous des précédentes, la coupe du rein est modifiée ; elle est réniforme, le corps de Wolff est placé maintenant en avant. En avant également on distingue la glande génitale qui sera le testicule ou l'ovaire. Au milieu d'une sorte de promontoire ou de crête, sur la face antérieure du corps de Wolff, on aperçoit la coupe d'un conduit ; il n'y a point à se méprendre sur sa signification, c'est le conduit de Müller. Dans le rein on remarque un large canal, c'est le canal excréteur du rein, l'uretère placé vers le centre de l'organe.

Coupe n° 4. — Sur la coupe suivante, n° 4, l'uretère s'est détaché du rein en avant et en dedans ; le corps de Wolff est toujours en avant du rein et le canal de Müller toujours sur la face antérieure de celui-là.

Coupe n° 5. — Dans la coupe n° 5 faite plus bas encore, nous ne voyons plus le rein ; l'uretère est sous la paroi de la cavité péritonéale. Sur le corps de Wolff, tout à fait en avant de lui, on voit le conduit excréteur et à côté, plus en avant encore, le conduit de Müller.

Coupe n° 6. — Rien de changé pour l'uretère. Nous sommes à la pointe inférieure du corps de Wolff ; son conduit se détache de l'organe ainsi que le canal de Müller et tous deux se placent, le conduit de Müller en avant, dans un pli saillant formé par le péritoine, auquel on a donné le nom de *pli uro-génital*.

Coupe n° 7. — Les deux plis uro-génitaux se sont soudés sur la ligne médiane. Cette soudure se fait d'une façon particulière : ils se sont légèrement incurvés pour se souder, la portion externe d'un côté s'étant unie avec la portion externe de l'autre. Les deux uretères, toujours logés dans la paroi de la cavité abdominale, s'inclinent en dedans et en avant vers une cavité située au voisinage de la face ventrale de l'embryon et qui est la vessie.

Coupe n° 8. — Ici les uretères sont diminués de diamètre ; très-larges en haut, nous les voyons maintenant très-étroits inférieurement. Ils s'ouvrent près de la ligne médiane dans la

cavité vésicale. La masse formée par la réunion des deux plis uro-génitaux nous offre toujours, dans son centre, les deux conduits de Müller rapprochés, et en dehors d'eux les conduits de Wolff.

Coupe n° 9. — Les uretères ont disparu ; nous sommes au-dessous de leur abouchement dans la cavité vésicale. Les deux conduits de Müller semblent jouer dans la masse commune formée par la soudure des deux plis uro-génitaux, un rôle accessoire. Les deux centres véritables de l'organe à droite et à gauche paraissent être les conduits excréteurs des corps de Wolff. Nous avons donc affaire ici à un mâle chez lequel les canaux de Wolff vont devenir les canaux déférents, tandis que les canaux de Müller s'atrophieront, de manière à ne former que l'utricule prostatique.

Coupe n° 10. — Nous touchons au point où les conduits de Wolff s'abouchent dans la cavité vésicale qui prend à ce niveau le nom de *sinus uro-génital*. Il ne reste plus dès lors que les deux canaux de Müller qui semblent se rapprocher et se placer au centre d'une éminence formant saillie à la paroi *supérieure* (situation normale chez l'animal quadrupède) du sinus uro-génital, et qui n'est autre que le *verumontanum*. C'est donc bien certainement un embryon mâle que nous avons sous les yeux. Chez la femelle, nous eussions trouvé beaucoup plus haut la soudure des deux conduits de Müller pour former l'utérus et le vagin.

Coupe n° 11. — Sur cette dernière coupe, nous avons le rectum, l'intestin et enfin l'orifice des canaux de Müller rapprochés pour former l'utricule prostatique.

Revenons maintenant, Messieurs, à l'histoire du développement du testicule.

Le testicule ou glande sexuelle mâle apparaît sur la face interne du corps de Wolff, tandis que sur la face externe se trouve le canal de Müller.

On peut reconnaître de très-bonne heure [illegible] à un testicule, l'épithélium [illegible]

moins épais sur le futur testicule qu'il ne l'est sur le futur ovaire.

Vers le septième jour, sur un embryon de poulet, ou plus exactement du sixième au huitième jour, on aperçoit dans la masse cellulaire des traînées encore indécises, premier rudiment des canalicules spermatiques. D'après M. Sernoff (Centralblatt, juin 1874), il se produit dans les éléments qui constituent la masse de l'organe une différenciation: un certain nombre de cellules gardent leur aspect sphérique et forment des traînées, tandis qu'autour d'elles, d'autres prennent la forme allongée, fusiforme. Les cellules sphériques deviendront les éléments contenus dans les canaux spermatiques et les cellules allongées la trame qui séparera les canalicules.

Au seizième jour, les cellules rondes des canalicules ont tous les caractères de vraies cellules épithéliales, qu'elles garderont jusqu'au moment où elles donneront naissance aux spermatozoïdes.

Comment ces canalicules s'abouchent-ils avec le conduit de Wolff qui sera le canal déférent? Comment se fait cette union entre les canalicules spermatiques naissants et le canal excréteur du rein primitif? C'est là un point encore inconnu.

En décrivant le corps de Wolff, nous avons vu qu'il y avait une région de l'organe où les canalicules avaient une direction spéciale: qu'ils étaient horizontaux en arrière, c'est-à-dire vers la face dorsale de l'animal, et verticaux (parallèles à l'axe de l'organe) en avant.

Johannes Müller avait déjà noté que les canalicules de la partie *supérieure* du corps de Wolff diffèrent également dans leur structure de ceux du reste de l'organe. MM. Banks en 1864 et Dursy en 1765, ont insisté à leur tour sur cette différence. En 1870, Waldeyer partant de là admit qu'on pouvait faire une distinction entre la région supérieure du corps de Wolff qu'il a appelée *région* ou *partie sexuelle;* et l'inférieure à à laquelle il a donné le nom de *région* ou *partie rénale*. Cette distinction est capitale au point de vue de la destinée de l'organe, mais elle ne paraît point reposer sur une différence de

structure. Tout au plus, les canalicules de la région supérieure auraient un diamètre moindre.

Voici, d'après cela, ce qui se passerait chez le mâle : la région sexuelle ou supérieure deviendrait l'épididyme se continuant tout naturellement avec le canal déférent puisque celui-ci n'est autre que le canal de Wolff. La région rénale du corps de Wolff deviendrait le *corps innominé* de Giraldès (parépididyme de Henle, paradidyme de Waldeyer). Voilà pour le mâle. En somme, dans l'état actuel de la science, nous ignorons comment et à quel âge se fait l'abouchement des canalicules spermatiques en formation, avec les canaux déjà existants du corps de Wolff. Il y a là un champ d'étude à explorer.

Sur une préparation d'embryon de porc de 9 centimètres que je mets sous vos yeux, vous verrez le testicule avec les traînées dont je vous ai parlé plus haut et de gros vaisseaux sanguins courir à la surface de la glande génitale. C'est encore un caractère qui permet de reconnaître le testicule, l'ovaire n'offrant jamais de tels vaisseaux à sa surface. Vous verrez également le corps de Wolff appliqué contre ce testicule exactement comme le sera plus tard l'épididyme.

Je dois faire ici, Messieurs, une remarque : de prime abord, il semble étrange de voir des canalicules qui doivent sécréter le liquide spermatique s'aboucher dans les conduits d'un organe urinaire, et de voir les mêmes conduits servir successivement à l'urine et au sperme ; mais cela ne vous étonnera plus, quand vous saurez que chez les batraciens cet état est permanent et qu'il n'y a qu'un conduit commun pour le sperme fabriqué dans le testicule, servant en même temps à l'excrétion de l'urine fabriquée dans le rein : les canaux du testicule viennent directement s'aboucher dans les conduits urinifères.

Il ressort de ce que nous avons dit de l'histoire du testicule que les spermatozoïdes paraissent dériver des cellules du feuillet moyen et en particulier de celles qui ont contribué à former la masse intérieure de la glande sexuelle.

Dernièrement, Merkel a montré que les cellules des canalicules séminifères, au moment de la naissance, présentaient une augmentation de volume passagère. En d'autres termes, il se

manifeste vers la naissance un phénomène semblable à celui qui se présentera de nouveau au début de la puberté. Il se fait de même une poussée toute semblable chez la femme du côté de l'ovaire et de la mamelle.

Je passe à l'histoire du développement de l'ovaire. Au début, l'ovaire ne se distingue pas du testicule ; il dérive de la même masse formée au côté interne du corps de Wolff. Toutefois, avec une certaine habitude, quand on s'est adonné aux études embryogéniques, on peut reconnaître à l'épaississement de l'épithélium qui tapisse cette région, qu'on aura affaire à un ovaire ; plus tard, un nouvel indice résulte de l'absence des traînées celluleuses que nous avons signalées dans le testicule.

Chez la femelle, c'est le canal excréteur du corps de Wolff qui s'atrophie, tandis que le conduit de Müller continue de s'accroître et devient la trompe, puis, en se soudant à son congénère, l'utérus et le vagin.

Que devient chez la femelle le corps de Wolff ? En arrière de l'ovaire, chez la poule, on trouve un corps jaune que His a appelé *parovarium*. Mais ce parovarium n'est pas tout le corps de Wolff ; il se passe pour l'ovaire ce que nous avons observé pour le testicule. Chez la femelle, la partie supérieure ou sexuelle du corps de Wolff devient le corps de Rosenmüller, découvert par celui-ci en 1802. La partie rénale devient le parovarium, cette substance jaune dont nous avons parlé, et que Waldeyer appelle *paroophore*, de même qu'il désigne sous le nom d'*époophore* le corps de Rosenmüller. Chez les femelles des mammifères, nous trouvons en effet ces deux parties : dans les ligaments larges, l'organe de Rosenmüller ou époophore ; vers le pédicule de l'ovaire, d'autre part, existent des traînées jaunâtres qui ne sont autre chose que le parovarium ou paroophore. On les trouve facilement chez la génisse et chez la chienne. Ces traînées sont formées de cellules pleines : le corps de Giraldès.

Je vous présente une préparation faite sur l'ovaire d'une jeune chienne, où vous verrez des rangées de cellules encore disposées en tubes. Elles sont sur un seul rang et plus hautes que larges. Elles constituent le résidu ovarien du corps de Wolff, ou

en d'autres termes, le paroophore de Waldeyer. Ces tubes sont agglomérés, mais plus en dehors on en trouve d'autres tout semblables, isolés les uns des autres, se présentant perpendiculairement et qui sont très-probablement l'origine du corps de Rosenmüller. Nous avons donc sur ces coupes simultanément le paroophore et l'époophore.

Etude de l'ovaire. — J'appelle ici toute votre attention, car l'étude de l'ovaire est difficile et d'importantes recherches restent certainement à faire de ce côté. L'ovaire est un organe dont les différentes parties sont pour ainsi dire périodiquement refoulées les unes sur les autres par le développement successif des vésicules de Graaf. Leur développement commence déjà à la naissance. Il reprend plus tard à la puberté. Il en résulte une sorte de mélange et d'intrication des diverses parties qui constituent originellement l'ovaire, et c'est là une des raisons qui rendent difficile l'étude de cet organe.

La surface de l'ovaire, comme nous l'avons dit, reste pendant toute la vie recouverte par l'*épithélium germinatif* de Waldeyer. L'épithélium de la surface du péritoine perd son caractère endothélial dès qu'il arrive sur l'ovaire : on voit les cellules augmenter de volume, présenter un diamètre appréciable tout en restant disposées sur un seul rang. Voilà pour la surface de l'organe. Dans le parenchyme, certains anatomistes ont décrit des fibres-cellules et s'appuient sur ce fait que quand on pratique une coupe, il y a courbure des deux surfaces séparées par la section. Celle-ci diminue ensuite : on en conclut qu'elle ne tient pas à la présence d'éléments élastiques. Toutefois, il n'est pas impossible que les fibres-cellules que l'on voit agir dans ce cas soient seulement celles qui enveloppent les vaisseaux. Ceux-ci ont en effet dans l'ovaire une couche musculaire considérable.

A l'intérieur de l'ovaire, les follicules représentent des cavités qui atteignent le volume d'un pois chez la femme, d'une noisette chez le porc. Ces vésicules contiennent l'ovule et un grand nombre de cellules à noyaux qui ne remplissent point le follicule, mais entourent complètement l'ovule ; le follicule con-

tient en outre un liquide à peine visqueux, d'un blanc jaunâtre, albumineux, auquel M. le professeur Robin a donné le nom d'*ovarine*.

A un certain moment se fait la déhiscence : le follicule s'ouvre et l'ovule arrivé à maturité tombe dans la trompe. L'ovule est entièrement enveloppé de cellules adhérentes à la membrane vitelline, qui constituent le *disque* ou *cumulus proléger* : une autre partie de ces cellules forme une couche mince, mais toujours continue, tapissant entièrement la paroi interne du follicule de Graaf et qui prend le nom de *membrane granuleuse*. Quand la déhiscence a eu lieu, la cavité des follicules se remplit d'un tissu jaunâtre, parfois gris-rosé, qu'on a comparé à des circonvolutions du cerveau. Chez le porc, ce tissu en a vraiment l'aspect. Ces corps sont les corps jaunes qui ont reçu de M. Robin le nom d'*oariules*.

Il faut noter que dans l'intérieur de l'ovaire il y a pendant toute la vie un certain nombre de follicules de Graaf qui, après s'être développés, disparaissent, subissant ainsi une sorte d'atrophie, d'atrésie sans déhiscence. Il se forme à l'intérieur de ces follicules des corps jaunes comme à l'intérieur de ceux qui se sont ouverts.

J'arrive, Messieurs, à des points plus délicats.

La formation des follicules de Graaf avait fixé depuis longtemps l'attention des anatomistes. En 1838, Valentin remarque que les follicules de Graaf formaient à une certaine période du développement des sortes de chapelets avec des étranglements entre eux.

Billroth, en 1856, appela l'attention sur le même sujet.

En 1863, parut un mémoire considérable de Pflüger. Cet auteur constata et établit que les ovaires en développement contenaient des cordons formés de cellules, qu'il appela *cordons glanduleux*, et dont les éléments donnaient naissance aux ovules et de plus aux cellules de la membrane granuleuse. Ces rubans, ces cordons étaient en effet constitués par deux ordres de cellules, les unes grosses, espacées, les autres presque réduites à l'état de noyaux, et très-condensées. Pflüger établit que ces noyaux fournissaient les éléments de la membrane granu-

leuse, tandis que les grosses cellules devenaient les ovules, en continuant de grossir. En même temps il se formait entre chaque ovule un étranglement et les différentes parties du cordon, s'isolant les unes des autres, devenaient autant de follicules de Graaf.

Pflüger pour ses observations se servait d'acide oxalique concentré et laissait les ovaires quelques heures dans ce liquide. Nous employons aujourd'hui les moyens ordinaires de durcissement, après quoi on pratique des coupes. Pour colorer celles-ci, selon la remarque de M. de Sinéty qui a fait d'importantes recherches sur l'ovaire, il faut employer de préférence la purpurine.

En 1870, Waldeyer à son tour publia ses recherches; allant plus loin que Pflüger, il montra comment se formaient les cordons glandulaires et établit qu'ils résultent d'une involution et d'une prolifération de l'épithélium germinatif pénétrant dans la substance de l'ovaire et s'y enfonçant plus ou moins loin, pour aller former les deux ordres d'éléments (ovules et cellules de la membrane granuleuse) des cordons de Pflüger.

En 1872, M. Kapp (Arch. de Virchow), élève de Dursy, essaya de montrer que Waldeyer s'était trompé et qu'il n'y avait point pénétration des cellules de l'épithélium germinatif dans le tissu sous-jacent. Il attribuait les apparences signalées par Waldeyer à de simples plis de la surface de l'ovaire où s'enfonçait l'épithélium.

En 1874, Ludwig, dans un travail sur la formation de l'œuf dans la série animale, établit une éclatante constatation des faits signalés par Waldeyer. Sur des préparations faites avec le spinec (Spinax Acanthias), Ludwig montra à la surface de l'ovaire de ces poissons plagiostomes que l'épithélium offrait de place en place une cellule plus grosse que les autres. Bientôt cette cellule tend à s'enfoncer, ses cellules sœurs qui l'entourent, passent en partie sur elle et s'enfoncent en partie avec elle, l'entourant toujours et se multipliant toujours, à mesure que cette cellule, qui est un ovule, grandit. A un moment donné, il se fait un étranglement vers la surface, et on a l'ovule, enveloppé

de sa membrane granuleuse, inclus dans un follicule, à l'intérieur de l'ovaire.

Donc, il n'est pas douteux que les observations de Waldeyer soient exactes et que les ovules, dans les mammifères, soient des dépendances de l'épithélium germinatif recouvrant l'ovaire.

Ceci établi, voyons ce qui se passe chez le poulet. Chez cet animal, on distingue l'ovaire dès la quatre-vingtième à la quatre-vingt-huitième heure : on le reconnaît à ce signe que l'épithélium est plus épais que si ce devait être un testicule.

Vers le septième au onzième jour, la différence est encore plus accusée, l'organe a grossi d'un côté, beaucoup plus rapidement que le corps de Wolff, tandis que de l'autre côté il n'augmente pas de volume dans la même proportion, et doit plus tard disparaître. Vers le onzième jour, on commence à voir à la surface de l'épithélium germinatif des cellules plus volumineuses qui s'enfonceront et constitueront autant d'ovules. Waldeyer dit qu'à cette époque on remarque des mouvements dans ces cellules, mais c'est là un point qui ne nous paraît pas suffisamment établi, quoiqu'il n'ait rien d'invraisemblable.

Je laisse les oiseaux et j'arrive aux mammifères. Sur une préparation faite sur l'ovaire d'une toute jeune chatte, voici ce que nous voyons en partant de la périphérie :

1° Extérieurement, l'épithélium germinatif de Waldeyer.

2° Une couche particulière nettement limitée, et qui, réunie à la précédente, a reçu de Schron le nom de *zone corticale*. Cette couche est peu épaisse ; elle est formée de traînées celluleuses séparées par des cloisons; ces traînées sont des tubes de Pflüger, ici complètement isolés de l'épithélium. Dans ces tubes ou cordons, on aperçoit des endroits où l'ovule se reconnaît à son volume considérable, et autour de cet ovule la membrane granuleuse se montre déjà, formée de jeunes cellules. Il convient d'être fixé dès à présent sur ce point, que les follicules de Graaf dérivent exclusivement de cette couche ou *zone corticale* de Schon.

3° La zone corticale est limitée profondément par une lame très-nette de tissu lamineux qui la sépare du tissu ou paren-

chyme propre, dont l'ovaire est essentiellement constitué à cette époque.

4° Ce tissu, ou parenchyme propre, montre un grand nombre de cloisons lamineuses formant des mailles polyédriques très-bien figurées par His dans un travail qui date de 1870. Ces cloisons lamineuses isolent des cellules polyédriques qu'on peut appeler parenchymateuses. His les a figurées sur l'embryon humain, mais il paraît les avoir confondues avec les éléments des tubes de Pflüger. Il résulte toutefois de ses planches mêmes que sur des préparations où il avait enlevé au moyen du pinceau les tubes de Pflüger de la zone corticale, il n'a pu éliminer de même par le pinceau ces cellules que nous désignerons provisoirement sous le nom de *parenchymateuses*. On peut se demander s'il ne conviendrait pas d'assimiler à celles-ci des cellules décrites et figurées par Schron en 1862 dans le Journal de Kölliker sous le nom de *cellules du stroma*, tandis que His et Pflüger voient dans ces cellules des ovules. Vous pourrez remarquer que sur la coupe d'ovaire de chatte que je mets sous vos yeux, on ne trouve point autour de ces cellules décrites comme ovules, de trace de ces cellules plus petites qui constituent la membrane granuleuse. La nature spéciale de ces éléments et leur indépendance des tubes de Pflüger paraissent avoir été indiquées nettement pour la première fois par Bornt chez la pouliche. Elles disparaissent rapidement par les progrès de l'âge, ou du moins n'ont pas été complètement suivies dans leur évolution.

5° Au-dessous de cette couche à cellules parenchymateuses, le hile de l'ovaire est constitué par du tissu lamineux renfermant des vaisseaux. C'est dans ce hile que se trouvent les restes du parovarium.

Telle est, résumée dans ces cinq paragraphes, l'énumération complète des différentes parties que présente l'ovaire, et auxquelles il convient de rapporter les diverses descriptions données par ces auteurs.

Waldeyer admet pour l'ovaire : 1° extérieurement, *zone parenchymateuse*, comprenant : l'épithélium germinatif, la couche

corticale avec les tubes de Pflüger et la couche des cellules parenchymateuses; 2° une zone vasculaire ou *zone du hile*.

Si nous prenons maintenant l'ovaire d'une jeune chienne, voici ce que nous découvrons. D'abord, l'épithélium germinatif envoyant dans l'intérieur de l'ovaire des traînées épithéliales qui semblent s'enfoncer presque jusqu'au hile de l'organe. Les traînées avoisinant le centre n'offrent pas, comme chez la chatte, de différence avec celles qui sont à la surface, il n'y a nulle apparence d'ovules. Faut-il admettre que les cellules de ces traînées les plus profondes finissent par être séparées les unes des autres par des trabécules et deviennent ce que nous appelons cellules parenchymateuses, tandis que les tubes plus voisins de la périphérie constitueront les follicules proprement dits avec leurs ovules et leurs zones granuleuses? Toute cette évolution est fort incertaine et je ne puis constater ici que le désaccord absolu des auteurs qui ont traité de l'anatomie de l'ovaire.

Schron, Waldeyer, His et Pflüger donnent de l'ovaire des descriptions qui ne concordent point. Les divergences tiennent surtout à ce qu'ils ont plus ou moins méconnu, sauf Schron toutefois, la nature propre des cellules parenchymateuses.

Ces cellules ont reçu de Schron (1863) le nom de *Stromazellen* ou cellules du stroma; de His le nom de *Kornzellen* ou cellules granuleuses; enfin, de M. Waldeyer celui de *Parenchymzellen* ou cellules du parenchyme. Quant à l'origine de ces cellules, aucun d'eux ne la donne d'une manière certaine. His et Schron ne cherchent point à l'expliquer; Klebs (Arch. de Virchow, 1861-1863) y voit des cellules migratrices, et Waldeyer, qui les décrit comme de gros éléments granuleux brillants, ne paraît pas loin de partager la même opinion. L'origine de ces cellules reste jusqu'à présent obscure.

D'après les préparations que j'ai sous les yeux, il ne serait pas impossible qu'un certain nombre des anciennes cellules du corps de Wolff ne deviennent l'origine de ces éléments dont l'histoire complète reste encore à faire. Sur un ovaire d'un fœtus de brebis traité par l'acide osmique, on trouve une couche corticale bien distincte avec ses cordons de Pflüger conte-

nant les ovules entourés de leurs cellules granuleuses. Entre ces tubes, on aperçoit des cellules larges, brillantes, munies d'un noyau, et d'autres cellules paraissant former tantôt des tubes, tantôt des traînées, qui semblent être des restes du corps de Wolff.

Evolution des follicules. — Le follicule résulte d'un étranglement survenu dans un cordon de Pflüger. Le follicule grandit et arrive à atteindre le volume d'un gros pois. La cellule destinée à devenir l'ovule grossit; elle s'entoure d'une membrane qui n'est autre que la membrane vitelline. Quant aux cellules qui forment l'enveloppe de l'ovule, elles s'accroissent peu en dimensions, mais elles se multiplient considérablement.

Nous avons dit que le follicule contenait un liquide albumineux appelé *oarine* par Ch. Robin, appelé aussi liquide du follicule. Quand la déhiscence a lieu, le liquide s'écoule, et dans la cavité se forme un tissu jaunâtre (*corps jaune*, *oariule* de Robin); il se produit, en même temps, parfois une hémorrhagie, mais ce n'est pas la règle.

Ces parois du follicule peuvent très-bien être étudiées sur des ovaires de brebis. On ouvre les follicules qui paraissent arrivés à maturité. On instille dans leur intérieur une goutte de solution concentrée d'acide osmique (1); au bout de quelques minutes, on lave à l'eau distillée et le tissu peut alors être coupé par les procédés habituels. On distingue dans la paroi du follicule : 1° une membrane fibreuse; 2° une membrane propre; 3° une membrane granuleuse.

Voici comment se présentent de dedans en dehors les éléments de ces différentes régions : 1° baignant dans le liquide du follicule, les cellules de la membrane granuleuse; elles sont sans paroi propre, formées d'une substance hyaline, transparentes et offrant un dessin extrêmement irrégulier. Ces cellules renferment un noyau ovoïde, mesurant 6 μ de longueur sur 4 μ de largeur, et présentant de place en place des gra-

(1) Voy. *Journal de l'anatomie*, septembre-octobre 1876.

nulations rares, noires après l'action de l'acide osmique, et qui sont par conséquent de nature grasse. Contre la paroi, ces éléments sont pressés les uns contre les autres et s'arrêtent à une limite extrêmement nette comme la limite profonde d'un épithélium. Les cellules affectent une disposition rayonnante, soit contre la paroi concave du follicule, soit contre la paroi convexe de l'ovule.

2° Au-dessous de la membrane granuleuse on trouve la paroi propre dont M. Robin, en 1861, a décrit les cellules sous le nom de cellules de l'ovisac. Ces cellules, contrairement aux précédentes, ont leur grand axe tangeant à la périphérie du follicule. Elles sont discoïdes, pressées les unes contre les autres, se délimitant absolument, comme nous l'avons dit, des cellules de la membrane granuleuse. La ligne qui les sépare sur les coupes est absolument nette. De plus, la membrane propre qu'elles forment est vasculaire. Par place, à la vérité, les éléments de la membrane granuleuse semblent reposer directement sur les capillaires, mais ceux-ci ne pénètrent jamais à son intérieur.

Sur une de nos préparations, nous remarquons un gros vaisseau capillaire, de la paroi qui fait saillie vers l'intérieur du follicule; il est séparé de la membrane granuleuse par trois ou quatre rangées de cellules de la paroi propre, en sorte qu'il reste enveloppé dans celle-ci, bien qu'il en dépasse les limites. Quant aux petits capillaires, ils viennent, avons-nous dit, se mettre en contact avec la membrane granuleuse.

Les cellules de l'ovisac ont été également vues par His, qui les a décrites en 1863. M. Waldeyer les signale, mais il semble faire une confusion en les regardant comme des globules blancs de sang sortis des vaisseaux. L'origine de cette erreur est que quand on injecte une poudre colorée dans le sang, on la retrouve en grande abondance dans les leucocytes fixés dans la paroi du follicule, de même que dans la rate, dans le foie, etc.

En dehors de la paroi propre, se trouve la paroi fibreuse composée de fibres très-fines parallèles à la surface du follicule. Grâce à leur disposition spéciale, on peut énucléer le follicule. C'est cette manœuvre pratiquée par de Graaf qui lui avait fait prendre le follicule pour l'œuf véritable.

Entre ces fibres, l'acide osmique révèle l'existence de cellules aplaties, à noyau petit, peu distinct, chargées de granulations graisseuses et qui doivent être en effet des leucocytes errants, peut-être fixés là par suite de la densité du tissu au sein duquel ils sont engagés. Mais ces cellules sont en tous cas très-peu abondantes, et elles n'ont aucune ressemblance avec les cellules de l'ovisac.

Lorsque la déchirure a eu lieu, apparaît le corps jaune. Chez certaines espèces, comme le porc, il est rosé. Sa couleur est au reste influencée par les hémorrhagies qui ont pu se produire et qui laissent après elles une certaine quantité de matières colorantes précipitées dans le tissu, Les éléments du corps jaune sont des cellules dont le noyau mesure à peu près 8 μ sur 12 μ. La substance de ces cellules paraît dense, remplie de granulations. D'après M. Robin, le corps jaune serait formé uniquement par les éléments proliférés de la paroi propre qui seule, comme on l'a vu, est vasculaire.

Je terminerai, Messieurs, cette rapide étude du développement des organes génito-urinaires internes, en vous donnant quelques chiffres sur l'évolution de l'ovaire chez la femme.

Au troisième mois, on ne trouve pas encore de follicules primordiaux. On appelle ainsi ceux dans lesquels l'ovule est entouré d'une couche unique de cellules. Quand à la forme de l'organe, la coupe de l'ovaire se présente comme la coupe d'un champignon, le tissu lamineux et le hile n'occupent qu'une faible partie de la masse totale.

Au septième mois, on constate l'existence de follicules primordiaux.

A partir de ce moment jusqu'à la naissance, les follicules se développent rapidement. Il y a comme une sorte de poussée dans les ovaires de l'enfant nouveau-né, puis l'organe rentre dans un repos relatif jusqu'au moment de la puberté. Les follicules développés avant cette époque se transforment sans s'ouvrir : il y a atrésie; et au milieu des corps jaunes qui en résultent, on aperçoit un corps brillant, nacré, qui est le reste de la paroi de l'ovule.

M. Slavianski, dans un travail publié dans les *Archives de*

physiologie, avait signalé l'existence d'un endothélium sous-épithélial au-dessous de la membrane granuleuse, mais si jusqu'à présent nous ne pouvons nier d'une manière absolue l'existence de cet endothélium, nous avons de fortes raisons de la mettre en doute.

REVUE DE LA PRESSE

QUELQUES MOTS SUR LA PATHOLOGIE DE L'OVAIRE

DISCOURS PRONONCÉ A L'OUVERTURE DE LA SECTION DE MÉDECINE OBSTÉTRICALE A LA RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE, AOUT 1875, A ÉDIMBOURG, PAR J. MATHEWS DUNCAN, M. D., PRÉSIDENT DE LA SECTION (*Tiré du numéro de septembre* 1875 *de l'Obstetrical Journal*.

L'exploration directe dans les maladies des organes génitaux a fait reconnaître d'abord les lésions les plus superficielles et les ulcérations du col, par exemple, ont joué un rôle considérable dans la pathologie utérine. Depuis une dizaine d'années, cette importance diminue et l'on admet actuellement que cette lésion coïncide presque toujours avec d'autres affections du corps et ne rend pas compte de l'abondance et de la nature de l'écoulement. Aussi le traitement des ulcérations par les caustiques ne suffit pas dans un bon nombre de cas pour produire la guérison. On a fait de grands progrès dans la description et le traitement des maladies du col ; on a fait aussi de sérieuses tentatives pour étudier les maladies analogues du corps utérin ; cependant l'influence des déplacements sur les congestions utérines est loin d'être définitivement établie malgré les écrits volumineux publiés à ce sujet. Les progrès que l'on a faits dans la gynécologie ont démontré de plus en plus l'importance considérable des ovaires ; on les considère comme le *fons* et l'*origo* de toutes les fonctions sexuelles. On se base pour cela sur la coïncidence qui existe, leur développement, leur activité et leur atrophie, et le début, l'activité et le déclin des fonctions menstruelles ; on se base aussi sur les cas de désorganisation d'absence ou d'ablation des deux ovaires coincidant avec l'abolition de la menstruation comme dans le cas si connu de Pott.

Dernièrement cependant des ovariotomistes ont démontré la persistance de la menstruation et des appétits sexuels après l'extirpation complète des deux ovaires, mais dans ces observations il faut

prendre garde à ce que l'on ait bien rempli les conditions, c'est-à-dire enlevé les deux ovaires dans leur entier. D'après quelques observateurs récents, Goltz et Freusberg entre autres, il existe dans la portion lombaire de la moëlle un centre nerveux présidant aux fonctions sexuelles, ce qui expliquerait la persistance de l'appétit sexuel après la destruction ou l'ablation des ovaires.

Toutes ces questions de pure physiologie et de science ont bien aussi leur importance pratique. On s'est basé pour pratiquer un certain nombre d'opérations, sur le fait que l'extirpation des ovaires abolit l'activité sexuelle. L'auteur veut parler surtout de la castration ou ovariotomie normale pratiquée par Battey, Thomas Sabine, et recommandés dans certains cas de nymphomanie, de ménorrhagie ou de dysménorrhée. Cette opération, malgré le nombre considérable des succès, lui paraît bien plus discutable que l'ovariotomie, à cause de la bénignité relative des cas auxquels elle s'adresse.

Après avoir cherché à établir une distinction entre les opérations théoriquement et pratiquement justiciables, M. Duncan parle des progrès qu'a faits dernièrement l'étude des ovarites aiguës et chroniques, surtout au point de vue anatomique, grâce aux travaux de Rokitansky et de Slaviansky (1). Ces auteurs ont décrit: le premier, l'inflammation du parenchyme et des follicules; le second, l'inflammation parenchymateuse et interstitielle. Malheureusement leurs recherches ne sont pas encore assez avancées pour être d'une véritable utilité pratique. Rindfleish et Churchill ont bien démontré en effet, en se plaçant, le premier, au point de vue anatomique, le second, au point de vue clinique, que nous ne pouvions pas déterminer où finit la congestion ovarienne et où commence l'inflammation; cependant la plupart des gynécologistes anglais prétendent que l'on peut diagnostiquer dans la grande majorité des cas les ovarites, et surtout l'ovarite chronique par la combinaison du toucher et du palper. Ce diagnostic est de la plus haute importance, car il contre-indique un certain nombre d'opérations; souvent même l'emploi d'un pessaire ne peut être supporté uniquement parce que l'on n'a pas tenu compte de l'ovarite.

Un des points les plus importants du diagnostic est de constater par la combinaison du toucher et du palper le volume et la consistance; il est facile de percevoir par cet examen un ovaire augmenté de volume et enflammé; tandis qu'un ovaire sain présentant son volume normal peut échapper aux investigations les plus minutieuses. C'est du reste sur le volume et la consistance de ces organes que se

(1) Slavianski, Die Entzundung der Eirstocke (oophoritis). *Archiv. für Gynæcologie*, Bd. III, 1872, et *Archives de physiologie*, mars 1874.

basent Mmes Boivin et Dugès dans leur classification des ovarites (1).

Ces deux symptômes manquent du reste dans deux catégories de faits, lorsque l'ovaire est entouré d'adhérences et lorsqu'il a commencé à subir la dégénérescence fibreuse. Le toucher rectal et le cathétérisme peuvent aussi dans quelques cas faciliter le diagnostic.

Un des progrès les plus remarquables de la gynécologie moderne, c'est la connaissanee de l'hématocèle rétro-utérine. Bon nombre de pathologistes considèrent les produits inflammatoires contenus dans le bassin comme la source de l'hémorrhagie, et comme ces produits succèdent fréquemment à l'ovarite, nous voyons que Klebs fait jouer un rôle important à l'inflammation de l'ovaire dans la production de l'hématocèle. Le Dr Duncan n'est pas d'accord sur ce point avec l'observateur allemand, et pense que dans la majorité des cas l'hématocèle rétro-utérine n'est point liée à une affection de l'ovaire, quoiqu'il ait observé pour sa part plusieurs cas dans lesquels la dégénérescence kystique de l'ovaire avait causé un hématocèle volumineux. L'auteur insiste ensuite sur la fréquence de l'hydropisie des kystes folliculaires de l'ovaire se présentant à l'autopsie comme des kystes à parois minces du volume d'une petite orange. Il pense que le diagnostic de ces tumeurs présente souvent de grandes difficultés. On perçoit une tuméfaction, une augmentation de volume de l'organe plus considérable que dans aucun cas d'ovarite; on craint avoir affaire à un commencement de kyste de l'ovaire; puis tout à coup la tumeur disparaît. Cette disparition s'accompagne parfois de symptômes de périmétrite; elle tient sans doute à la rupture de quelques-uns de ces follicules. D'autres fois il s'agit de kystes parovariens, mais leur exis-

---

(1) Nous ne partageons pas complètement l'opinion du Dr Duncan au sujet du diagnostic de l'ovarite. Nous croyons être d'accord avec M. Bernutz et d'autres observateurs pour admettre que cette affection est excessivement rare, considérée isolément. Presque toujours elle s'accompagne de pelvi-péritonite, et il est impossible de déterminer, par la combinaison du palper et du toucher, la position exacte de l'ovaire. Nous croyons que plusieurs fois on a pris pour cet organe abaissé et augmenté de volume, une tumeur formée par un amas de pus et de fausses membranes, ou les annexes de l'utérus. En Allemagne, Scanzoni (1) et Schrœder pensent aussi qu'il est impossible de diagnostiquer l'ovarite par l'examen direct. M. Gallard, au contraire, croit le diagnostic possible dans les cas, relativement assez rares, où l'ovarite se présente à l'état d'isolement et de simplicité. Il s'appuie pour cela sur le siége et la mobilité de la tumeur, sur les caractères particuliers de la tumeur et quelques autres signes fonctionnels, tels que l'exacerbation de la douleur au moment de la période menstruelle et divers troubles dans cette fonction : en particulier la ménorrhagie (1).

Note du Dr Ed. Martin.

(1) F. W. de Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduit par Dor et Socin.

(2) T. Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1875, p. 708 à 740.

tence n'est pas fréquente et leur rupture n'est pas suivie en général de périmétrite. A propos de ces kystes, l'auteur insiste sur les progrès qui ont été faits dans leur étude et leur traitement. Il croit, malgré l'opinion générale, que ces kystes peuvent atteindre le volume de véritables kystes de l'ovaire. Après la mort ou leur ablation par la gastrotomie, il est facile de les distinguer par un certain nombre de caractères indiqués récemment par Bantock. Ces caractères sont l'absence d'ovaire dans leur intérieur et la facilité avec laquelle on peut isoler le péritoine de leur paroi interne, enfin leur disposition uniloculaire.

Pendant la vie il est quelquefois possible de les diagnostiquer par l'examen du liquide recueilli par la ponction lorsqu'ils ne sont pas enflammés. Ce liquide est limpide ou très-légèrement opalin, peu dense, contenant peu d'albumine et peu de sels en suspension. Ce sont ces kystes que Boinet guérissait par la ponction et l'injection iodée, et que la simple ponction suffit souvent pour guérir. Quant à lui il ne connaît pas d'exemple de véritables kystes de l'ovaire guéris autrement que par l'ovariotomie. Les guérisons par la simple ponction, par rupture spontanée ou par la grossesse doivent se rapporter aux kystes parovariens. Lorsque ces kystes sont enflammés leur traitement et leur étude pathologique et clinique présentent de grandes difficultés. Il faut convenir aussi que des collections séreuses inflammatoires peuvent exister dans le péritoine et être prises pour des kystes parovariens.

Les progrès que l'on a faits dans ces derniers temps dans le traitement des kystes de l'ovaire ont engagé bon nombre d'anatomistes et de physiologistes à étudier tout spécialement cet organe. Son anatomie microscopique a été l'objet des études de Valdeyer, dont les opinions ont été confirmées et commentées par Foulis. Après avoir étudié l'ovaire normal, ces auteurs ont entrepris de rechercher le mode d'origine et d'accroissement des kystes multiloculaires; mais on est loin d'être d'accord, actuellement, sur ce dernier point. Pour s'en convaincre il suffit de passer en revue les recherches les plus récentes de Malassez et de Foulis (1).

Le Dr Duncan termine par quelques considérations sur la malignité des kystes de l'ovaire proprement dits, et pense que les recherches de Klebs et d'autres auteurs, qui croient que certains kystes de l'ovaire sont le point de départ de cancers du péritoine, ont besoin de confirmation pour être admises sans réserve.

Résumé par le Dr Ed. Martin.

(1) Voyez aussi : Recherches sur l'ovaire du fœtus et de l'enfant nouveau-né du Dr de Sinéty, *Archives de physiologie*, août-septembre 1875 et quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'ovaire par le Dr Slaviansky, *Archives de physiologie*, mars-mai 1874.

REVUE CLINIQUE

HOPITAL DE LA CHARITÉ

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR U. TRÉLAT.

Fistule vésico-vaginale profonde déjà opérée sans succès ; opération ; guérison.

Observation et réflexions par M. le Dr ORY,
ancien interne des hôpitaux.

La nommée D..., âgée de 30 ans, journalière, est placée au nº 18 de la salle Sainte-Rose.

Cette femme est accouchée il y a dix-huit mois ; la lésion qui la fait entrer à l'hôpital fut la conséquence de l'accouchement. Elle eut, dit-elle, à cette époque des douleurs pendant trois jours ; ce fut seulement après ce temps qu'elle expulsa, en présentation du sommet, un enfant à terme et bien constitué. Elle habitait alors la campagne, dans le département de la Creuse, et n'eut pour l'assister ni médecin ni sage-femme. Les suites de couches furent longues, ce ne fut qu'après deux mois écoulés qu'elle se considéra comme rétablie. Depuis cet accouchement elle perdait involontairement ses urines, aussi bien couchée, qu'assise ou debout. A cette époque, elle se fit examiner par un médecin distingué de Poitiers, qui constata la fistule et pratiqua une opération. Malheureusement cette tentative ne fut pas suivie de succès et la malade conserva son infirmité jusqu'au moment de son admission, 21 avril 1874.

Le 21 avril, cette malheureuse femme est dans un état déplorable. La peau des cuisses, celles des fesses, du pourtour de l'anus et du vagin est le siége d'excoriations, d'érythème douloureux. Ces parties sont constamment baignées pas l'urine, les vêtements souillés également, ce qui détermine une odeur urineuse véritablement repoussante et qui gêne encore plus la malade que les personnes qui l'approchent. On examine aussitôt l'état du vagin et l'on perçoit sur la partie médiane de la paroi antérieure, à 1 centimètre à gauche et un peu en avant de l'orifice utérin, qui est déformé et n'a plus de lèvre antérieure, une sorte d'infundibulum froncé, courbé, au fond duquel on constate l'existence d'une fistule admettant aisément une sonde de femme et paraissant avoir 8 à 9 millimètres de diamètre antéro-postérieur et un peu moins de diamètre transversal. Le trajet de la fistule est court et la muqueuse vésicale fait saillie dans presque tout son pourtour. La fistule est très-élevée, et bien qu'elle paraisse

être vésico-vaginale, il est probable, en raison de la destruction de la lèvre antérieure du col, qu'elle est utéro-vésico-vaginale. En tout cas, l'avivement devra nécessairement porter en haut sur le col utérin.

Les bords de la fistule sont rouges et un peu saignants. La muqueuse vaginale est congestionnée. Entre l'orifice et la lèvre antérieure du col utérin, la muqueuse vaginale est froncée et forme un cul-de-sac; on s'assure que cet aspect tient seulement à un repli de la muqueuse, sans doute consécutif aux brides cicatricielles, résultat de la première tentative opératoire. La malade dit de plus qu'elle éprouve souvent des douleurs dans le ventre, elle précise mal le siége et la nature de ces douleurs, qui sont attribuées surtout à de la cystite.

La malade est mise à un régime fortifiant et réparateur, soins de propreté extrêmes, grands bains très-fréquents, lavages répétés, poudre d'amidon sur le siége et autour des cuisses.

Le 13 mai. En sortant d'un bain pris quatre jours après la cessation de ses règles, elle éprouve des douleurs lombaires et abdominales, fièvre, nausées, vomissements. — Purgatif, 2 verres d'eau de Sedlitz ; cataplasmes laudanisés ; potion avec chloral, 4 gr. pour la nuit.

Cet état dure quatre jours. En examinant au spéculum, on remarque que l'orifice de la fistule est très-enflammé et que dans son trajet il y a un dépôt de substance calcaire, en poussières fines, blanchâtres. Le doigt rencontre en outre un corps étranger très-dur, au voisinage de la fistule, c'est un débris d'anse de fil métallique, laissé dans le vagin, lors de la première opération. Ce fil est retiré. — Tampons au glycérolé de tannin. Injections vaginales, tisanes diurétiques, même régime fortifiant. — Amélioration.

Le 19 mai, veille du jour de l'opération, huile de ricin, 30 gr.

Le 20 mai. M. Trélat pratique l'opération d'après la méthode de Sims. La malade est endormie par le chloroforme, placée dans le décubitus latéral droit, les fesses convenablement écartées et le vagin largement ouvert: en arrière, par un gros spéculum de Sims, en avant, au moyen d'un levier métallique. Après avoir dessiné les limites de l'avivement, M. Trélat l'effectue non sans peine, à cause de la profondeur des transformations fibroïdes, des dépressions en cul-de-sac qui entourent la fistule et qui sont le résultat de la première tentative d'oblitération ; toutefois, en procédant par petits coups répétés, l'opérateur put obtenir une surface saignante, bien avivée, ayant à son centre l'orifice de la fistule par où proéminait une petite portion de muqueuse vésicale. Cet avivement en surface avait des dimensions un peu supérieures à une pièce de 2 francs, ovalisée.

Le passage des points de suture s'opéra sans accident. Ce temps de l'opération fut fait avec une aiguille courbe montée sur une *pince-fixe*. Cette aiguille traversa successivement les deux lèvres opposées de l'avivement, qui, de circulaire ou légèrement ovale, prit une forme allongée d'avant en arrière à mesure que les anses de fils étaient mises en place. Ces anses, au nombre de 7, furent successivement serrées avec la fourche, puis tordues ; et pour cette torsion convenablement serrée, M. Trélat n'employa que l'extrémité de ses index, tandis qu'un aide, après avoir épongé, assurait l'accolement exact des bords, évitait leur enroulement en dedans ou en dehors. Il ne se forma ni godet, ni encoche, ni tiraillement, et après ces torsions successives, on voyait une série régulière de petites saillies transversales, répondant à l'intervalle des anses ; ces saillies n'étaient pas bleuâtres, elles étaient modérément souples, avaient environ 5 millimètres de longueur. Et après cette opération, qui avait duré une heure et demie, à cause des difficultés de l'avivement, la plaie était exactement fermée, la fistule oblitérée, l'urine ne s'écoulait plus par le vagin. Les chefs des fils furent poussés à quelques centimètres en avant de la vulve pour éviter les piqûres et pour les retrouver plus facilement.

La malade fut replacée dans son lit, *les cuisses et les jambes maintenues sur des coussins*, *demi-fléchies et écartées*. Une sonde à demeure fut placée dans l'urèthre mais non fixée ; elle fut surveillée, lavée, débouchée et replacée toutes les deux heures dans les premières vingt-quatre heures. Ces soins étaient absolument nécessaires par suite de l'état de la vessie et de la présence des mucosités purulentes qui obstruaient rapidement les orifices de la sonde de Bozeman. — Cataplasme sur le ventre ; chloral, 4 gr. ; bouillon froid.

Les suites de l'opération furent très-régulières, en voici le résumé :

La malade, d'un caractère très-docile, évita les moindres efforts, conserva pendant cinq jours une immobilité presque absolue.

Le troisième jour on lui donna un léger purgatif qui provoqua une selle.

Le septième jour qui suivit l'opération, la malade n'avait pas perdu une goutte d'urine par le vagin, bien que depuis deux jours elle ne conservât plus la sonde à demeure, mais seulement sondée toutes les trois heures le jour, toutes les quatre heures la nuit. M. Trélat retira les fils métalliques.

On replaça la malade comme pour pratiquer l'opération. Les anses étant enlevées, on put constater l'heureux résultat de l'opération : aucun suintement d'urine ne se produisit, l'adhérence exacte des lèvres d'avivement s'était effectuée, sauf en un point, au niveau de l'avant-dernier fil, où l'on voyait quelques bourgeons charnus. Partout ailleurs, la continuité de la muqueuse vaginale était rétablie et,

de la fistule, il ne restait plus que les dépressions dues à la compression exercée par les anses de fils sur les tissus.

La malade a la permission d'uriner seule, mais à notre insu, elle se fait sonder toute la journée du 31 et du 1er juin, ce n'est que le soir du septième jour de l'opération qu'elle ose uriner seule pour la première fois.

2 juin. La miction s'effectue normalement. La malade a la permission de se lever, mais elle n'en profite pas, car elle se plaint de douleurs abdominales dant le siége actuel est surtout dans le flanc droit.

7 juin. La malade se lève dans la salle, elle est guérie de sa fistule, mais reste à l'hôpital pour se faire soigner les accidents douloureux qu'elle éprouve du côté de l'abdomen.

8 juin. Examen au spéculum ; la cicatrisation est absolue.

Réflexions. — Cette opération a eu un succès complet, malgré les mauvaises conditions où se trouvait la malade : brides cicatricielles, replis de la muqueuse vaginale, cystite intense, urines ammoniacales, douleurs abdominales violentes. Cet heureux résultat doit être attribué à l'étendue, à la netteté de la surface avivée, à la manière dont les anses des fils métalliques ont été heureusement placées, malgré la simplicité de l'appareil instrumental employé.

Après l'opération, M. Trélat a pu obtenir, de la malade et des personnes qui la soignaient, des précautions multiples, sans lesquelles les tentatives de cette nature échoueront presque toujours.

Nous ferons en outre remarquer que M. Trélat a retiré les fils au commencement du cinquième jour, et que l'adhérence était et s'est maintenue parfaite. L'époque de cette ablation est importante à fixer, parce qu'en laissant trop les fils, on peut déterminer sur leur trajet des petites fistules. Ces fils peuvent même arriver à couper les tissus qu'ils sont destinés à rapprocher et détruire un heureux résultat obtenu.

En présence d'une opération qui rend en cinq jours à la vie normale une femme qui depuis trois ans était, par suite de sa triste infirmité, pour elle-même et pour les autres, une cause de dégoût et de répulsion, on peut affirmer la supériorité de la méthode sur tout autre procédé.

Vingt attaques d'éclampsie. — Primipare. — Deuxième position (O. I. D. P.). Céphalotripsie. — Guérison de la mère,

par le Dr Puntous, professeur à la Maternité de Toulouse.

Je fus appelé par Mme Saint-Pé, sage-femme, dans le courant du mois de mars, auprès d'une jeune primipare âgée de vingt ans, logée rue d'Austerlitz, 14. La grossesse de cette jeune femme, douée d'une constitution lymphatico-nerveuse, n'avait rien présenté de particulier et elle était arrivée jusqu'au terme sans avoir éprouvé aucun désordre fonctionnel qui l'eût obligée à abandonner ses occupations. Revenant du marché elle se sentit tout d'un coup prise d'un violent mal de tête et de vomissements qui furent bientôt suivis de quelques légers troubles de la vision. Arrivée dans sa chambre et s'étant couchée, la céphalalgie parut se calmer un peu, l'obnubilation de la vue devint aussi moins accusée, mais les nausées et vomissements continuèrent, accompagnés de quelques mouvements convulsifs bientôt suivis d'une grande attaque d'éclampsie bien caractérisée par ses deux périodes convulsive et comateuse. Cette première attaque marquait le début d'une série d'accès convulsifs dont l'intensité et la durée allèrent en progressant jusqu'au vingtième, et c'est à la troisième ou quatrième attaque, c'est-à-dire deux heures après les premiers accidents prodromiques que je pus me rendre auprès de la malade. Je la trouvai dans le coma d'une attaque avec une figure complètement cyanosée, une résolution musculaire absolue, une respiration stertoreuse et abolition de toutes ses facultés intellectuelles et sensoriales. Ne pouvant lui tirer du sang par la lancette à cause de la faiblesse de son pouls et de son état d'hydrémie, accusé par plusieurs œdèmes partiels et ses urines très-fortement albumineuses, je fis appliquer dix sangsues à chaque apophyse mastoïde et cinq à chaque malléole; en même temps, j'ordonnai quatre grammes de chloral en lavements, ne pouvant rien administrer par la bouche à cause de la convulsion tonique des masséters; malgré cette forte déplétion sanguine et l'administration du chloral à si haute dose, à demi-heure d'intervalle, les attaques ne cessèrent point, elles parurent seulement diminuer un peu d'intensité et de durée, mais elles se reproduisirent encore toute la journée et toute la nuit jusqu'au lendemain où, ayant atteint le nombre de 16, elles se distancèrent davantage et disparurent enfin laissant la malade dans un état de prostration excessive, une sensibilité très-émoussée et un retour des facultés intellectuelles peu accusé. (J'avais ajouté aux premiers moyens déjà employés l'usage continu de la glace pendant trente-six heures et un lavement fortement purgatif qui produisit une heureuse dérivation sur les entrailles.)

Jusqu'à ce moment la matrice qui était restée rigide, à peine dila-

tée et ne participant nullement aux mouvements convulsifs de tout le système musculaire, commença à se contracter bien que faiblement et je pus constater une présentation crânienne, quoique la partie encore assez élevée ne permît pas de se rendre compte de la position. Le palper nous avait éclairé sur les probabilités d'une droite postérieure, et l'auscultation, tout en nous donnant par l'audition de battements cardiaques faibles et intermittents des craintes sur l'état de l'enfant, avait également confirmé le diagnostic d'une seconde position. Grâce à l'administration de quelques cordiaux et de frictions incessantes, la matrice se réveilla un peu et le travail se continua jusqu'au mouvement de rotation interrompu, soit par les difficultés inhérentes à la position, soit par une épaisseur exceptionnelle de la poche amniotique que je fus obligé de lacérer avec un instrument tranchant. Le liquide amniotique écoulé en quantité modérée et teint de méconium, l'évolution du mécanisme n'en devint pas plus facile, et après avoir pendant plusieurs heures d'expectation laissé à la nature tout le temps d'agir, voyant la matrice sur le point de s'épuiser et le cœur de l'enfant ne donnant plus que des pulsations mal timbrées et très-rares, je me décidai à intervenir, la rotation ne se complétant pas à cause du volume exagéré de la tête et de l'inertie utérine. Il y avait d'ailleurs trois jours que le mécanisme évoluait péniblement au milieu des circonstances dystociques dont j'ai parlé, et n'ayant plus aucun espoir pour l'aptitude à la vie extra-utérine de l'enfant, je me crus autorisé à ne plus songer qu'à sa mère, et j'essayai une application de forceps dans le but de réduire légèrement la tête et de convertir la position en occipito-pubienne. Malgré l'amplitude normale du bassin, eu égard à la situation encore élevée de la tête dans l'excavation; l'application des branches fut difficile, et après des tractions pénibles continuées pendant un quart d'heure j'arrivai à faire descendre un peu la tête, mais ne pus obtenir son mouvement de conversion définitive. M'étant assuré positivement de la mort de l'enfant avant l'introduction du forceps et voyant l'impossibilité d'extraire facilement une tête trop volumineuse en l'absence de toute contraction utérine, j'eus recours à l'emploi du céphalotribe qui, en réduisant complètement ses diamètres par l'évacuation rapide de la substance cérébrale, me permit de compléter les deux derniers temps de l'accouchement. Le mouvement de restitution me donna une dernière et nouvelle confirmation du diagnostic, et l'expulsion des épaules, dont le diamètre bi-acromial était exagéré, fut un peu lente, mais aidée par des tractions sur l'aisselle postérieure, elle ne fut l'occasion d'aucune déchirure ni d'aucun autre accident pour la mère. La délivrance fut naturelle, et de même que pendant toute la durée des manœuvres nous avions été favorisés par l'absence de tout mouvement convulsif, la période lochiale et toute la

série puerpérale furent complètement libres d'accidents nerveux et de complications inflammatoires. Après une quinzaine de jours de repos et de soins, la fièvre de lait. étant passée presque inaperçue, notre jeune primipare quittait sa chambre complètement rétablie, ne se rappelant pas les phases si pénibles de son laborieux accouchement et n'ayant pas conscience des dangers qu'elle avait courus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Fin de la discussion sur le souffle puerpéral. — M. Bouillaud revient sur cette question qui semblait épuisée. Dans un discours qui a occupé toute la séance du 26 juillet, il explique que le phénomène découvert par M. de Kergaradec se compose de deux éléments isochrones entre eux et isochrones avec le pouls maternel. Le premier de ces éléments est un bruit de soufflet, semblable au bruit de soufflet des grosses artères, soumises à une compression qui en rétrécit le calibre *dans une certaine mesure*, car le rétrécissement porté au point de suspendre le cours du sang dans ces artères fait disparaître le bruit.

Le second élément est une pulsation, également semblable à celle des grosses artères, mais qui *n'est sensible ni au toucher ni à la vue*, dans la région de l'abdomen où se fait entendre le bruit de soufflet. Elle n'a donc été admise que par la voie de l'induction suivante : puisque le soufflet des grosses artères comprimées, auquel est semblable le bruit puerpéral, se produit pendant et par la diastole de ces artères, isochrone à la systole du ventricule gauche, il doit en être ainsi du souffle puerpéral. La démonstration par cette voie n'est pas d'une clarté égale à l'observation directe par la voie du toucher et de la vue ; mais elle est suffisante puisqu'il est absolument impossible que la pulsation constatée par le toucher et la vue dans les cas des grosses artères extérieures, accessibles à ces deux sens, n'existe pas aussi dans les cas d'artères intérieures, non accessibles à ces deux sens.

Cela posé, il s'agit de déterminer quelles sont ces artères intérieures dans lesquelles se passe le bruit de soufflet. On ne peut évidemment le placer que dans la cavité abdominale. Mais de tous les vaisseaux situés dans cette cavité, les artères pelviennes sont les seules assez grosses pour pouvoir donner le bruit de souffle en question.

Cette donnée du problème étant acquise il s'agit d'établir maintenant que les artères pelviennes sont le siége d'une compression nota-

ble pendant la grossesse. Or ces artères sont situées à la partie la plus déclive de la cavité dans laquelle se trouvent l'organe de la gestation et le fœtus et reposent sur une base résistante et peu compressible. Il est donc mécaniquement impossible que, à une époque donnée de la grossesse, la partie du poids de cette masse du fœtus et de l'utérus, que les artères pelviennes supportent nécessairement, n'exercent pas sur elles une certaine compression qui en rétrécit le calibre.

M. Bouillaud n'insiste pas du reste sur la question des pulsations à laquelle M. Depaul attache une si grande importance. Il n'a jamais prétendu que le souffle fût accompagné d'un battement notable ; c'est là la cause du différend. Il est bien évident que les artères ne peuvent fournir un souffle sans qu'il y ait en même temps battement, mais les conditions anatomiques dans lesquelles se trouvent ces artères sont défavorables à la transmission du choc, il y a une masse trop considérable à soulever.

Après quelques remarques de M. Colin qui tendent à démontrer que les artères du diamètre de l'artère utérine ne peuvent produire des bruits de souffle, M. Depaul termine la discussion et revient sur les arguments qu'il a déjà développés dans les précédentes séances (voy. *Annales de gynécologie*, nos de juillet et août 1876); il conclut que *le souffle puerpéral a pour siége les artères hypertrophiées de l'utérus et qu'il a lieu sans battement.*

Application du spirophore de M. Woillez au traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. — On sait que l'appareil de M. Woillez se compose essentiellement d'un cylindre de tôle assez volumineux, muni d'une pompe. Le corps de l'individu asphyxié est renfermé à l'intérieur de l'appareil, tandis que sa tête reste au dehors et qu'une toile imperméable est enroulée autour de son cou par un aide. La tendance au vide déterminée par l'aspiration de l'air dans le cylindre à l'aide de la pompe a pour effet d'appeler dans le poumon une quantité d'air plus ou moins considérable.

En proposant l'application de son appareil aux nouveau-nés M. Woillez fait ressortir les inconvénients de l'insufflation dont l'emploi est quelquefois dangereux. On possède un grand nombre d'observations dans lesquelles elle a produit des déchirures du poumon et par suite de l'emphysème. Ce qu'on recherche avant tout, c'est à produire la respiration très-rapidement, or, le spirophore qui fait immédiatement pénétrer l'air dans le poumon est donc préférable à tous les autres moyens habituellement employés pour ranimer les nouveau-nés.

M. Depaul fait remarquer que la déchirure des vésicules pulmonaires n'est pas aussi fréquente que le pense M. Woillez. Dans des expériences récemment pratiquées sur des enfants mort-nés qui n'a-

vaient pas encore respiré, on a pratiqué l'insufflation : l'air a complètement pénétré, le poumon a pris une coloration rosée et il n'y a pas eu de déchirures vésiculaires. Les mêmes expériences ont été faites sur des enfants qui avaient respiré et ont donné les mêmes résultats. Le tissu pulmonaire est beaucoup plus résistant qu'on ne le croit généralement. Les accidents sont excessivement rares si l'on prend les précautions nécessaires.

M. Depaul ne conteste pas du reste la valeur de l'appareil de M. Woillez, mais il demande des faits jusqu'à nouvel ordre, il considère les moyens ordinairement employés pour ranimer les nouveau-nés comme utiles et il les préfère au spirophore qui n'a pas encore fait ses preuves. Néanmoins il prie M. Woillez de vouloir bien mettre un appareil à sa disposition à l'hôpital des Cliniques.

Création d'un vagin artificiel par l'électrolyse. — M. Léon Le Fort présente une malade sur laquelle il a pu créer un vagin artificiel à l'aide d'un procédé particulier d'électrolyse. A l'âge de 15 ans, cette malade eut des symptômes de menstruation : hémoptysies, règles complémentaires à la suite desquelles on constata l'absence du vagin. A 22 ans, elle est entrée à la Pitié dans le service de M. Labbé, où elle a subi dix opérations successives, qui ont eu pour résultat de créer une cavité de 3 ou 4 centimètres de profondeur sans établir de communication avec le vagin. Deux ans plus tard (1875) elle est entrée à Beaujon où, après avoir subi une première opération, elle eut des accidents graves de péritonite. M. Le Fort parvint à compléter la perforation du vagin et à permettre le cours régulier de la menstruation en introduisant dans l'infundibulum un fil de cuivre et en y faisant passer un courant continu. Aujourd'hui la malade a un vagin dans lequel on a pu introduire le spéculum et qui permet l'écoulement du sang menstruel. On sent distinctement le col utérin et on a pu faire pénétrer l'hystéromètre dans la cavité utérine.

(*Séances du 25 juillet et du 4 août* 1876.)

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Deux observations d'ovariotomie, par Terrier.

M. Terrier. J'ai l'honneur de vous communiquer deux observations d'ovariotomie, l'une terminée par une guérison rapide, l'autre suivie de mort et d'autopsie.

Je crois que, s'il est utile de publier les succès obtenus à la suite

de ces grandes opérations, il faut aussi publier et peut-être avec plus de détails les insuccès, surtout lorsque l'examen nécroscopique a pu être fait et qu'on a pu en tirer des déductions pratiques.

Ces remarques s'appliquent surtout à l'ovariotomie; comme tout le monde le sait ici, on s'est empressé de relater avec détails les opérations heureuses, mais trop souvent, et je dirai même trop *systématiquement*, on a laissé ignorer les insuccès et leurs causes.

Ceci explique pourquoi, dans une récente discussion, M. Gueniot a pu relater 6 succès sur 10 opérations d'ovariotomie faites dans des conditions détestables, c'est-à-dire sur des femmes enceintes; on aurait ainsi des résultats qui, s'ils étaient vrais, devraient être considérés comme bons au point de vue statistique.

Obs. I. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison.*

Reine D..., âgée de 40 ans, est malade depuis 2 ans et demi; c'est à la suite d'une couche qu'elle s'aperçut du volume anormal de son ventre. C'est aussi depuis cette éqoque qu'elle ressent des douleurs assez vives, augmentant d'intensité à mesure que le ventre devenait plus gros. La marche, d'abord pénible, devint presque impossible; il survint une chute de l'utérus. Les règles sont normales, régulières; la constipation habituelle, la miction pénible et fréquente, parfois il y a de l'incontinence.

Depuis un an, la malade digère mal et n'a pas d'appétit; toutefois il n'y a jamais eu de phénomènes de péritonite.

A son entrée à l'hôpital temporaire (15 février 1875), la malade est très-affaiblie et très-maigre; le ventre, globuleux, offre un volume considérable; un examen attentif permet de reconnaître l'existence d'une ascite et d'une tumeur intra-abdominale. A droite de l'ombilic, on perçoit par la palpation un frottement péritonéal très-net.

La tumeur très-volumineuse occupe presque tout l'abdomen et paraît refouler le foie et le diaphragme, d'où la dyspnée habituelle.

Par le palper, on déplace facilement le liquide ascitique et on arrive sur une masse dure, bombée irrégulièrement, surtout sur la ligne médiane. Les bosselures situées à droite sont arrondies, et en bas l'une d'elles donne, à la percussion, la sensation de la transmission d'un flot de liquide. A gauche, la tumeur est régulièrement arrondie, mais on n'y perçoit pas de fluctuation.

Le toucher vaginal permet de constater un abaissement de l'utérus, le col est au niveau à la vulve, le corps est dévié à gauche et refoulé vers le pubis.

La mobilité parfaite de l'organe permet d'affirmer qu'il n'y a pas d'adhérence entre lui et la tumeur.

Les culs-de-sac sont libres; toutefois, à droite, on arrive à percevoir la tumeur, et une pression exercée sur celle-ci par la paroi abdominale se transmet au doigt du chirurgien.

Pas d'œdème des jambes, ni des parois abdominales, pas de varices sous-cutanées.

Le diagnostic fut : kyste multiloculaire de l'ovaire, offrant deux poches kystiques assez volumineuses situées latéralement, et des poches multiples sur la ligne médiane.

L'ascite, l'absence de tout phénomène antérieur de péritonite, l'indépendance de l'utérus, nous firent espérer l'absence d'ahérences; toutefois le frottement péritonéal et l'impossibilité de délimiter la tumeur et le foie nous firent craindre des adhérences avec la paroi à droite et avec le foie lui-même.

L'opération fut faite le 20 février, avec l'aide de MM. les Drs S. Duplay, Just Championnière et Thévenot, de MM. Pichet, Le Faucher, internes du service.

Incision de la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'à deux travers de doigt du pubis; ouverture facile du péritoine, écoulement de la sérosité de l'ascite. On vit alors la paroi du kyste, jaunâtre, mamelonnée, plus saillante à droite ; une première ponction faite de ce côté donna issue à environ 2 litres 1/2 de liquide visqueux et grisâtre. Des pinces à traction, placées sur la paroi du kyste et sur l'ouverture faite par le trocart, permirent d'attirer un peu la tumeur au dehors. Une deuxième ponction fut faite au niveau d'une saillie médiane, mais il ne s'écoula que quelques gouttes de liquide gélatineux; cette deuxième ouverture ne put être obturée par des pinces, et on dut prendre de grandes précautions pour éviter l'effusion du liquide de cette poche dans le péritoine.

En exerçant des tractions sur le kyste qui paraissait adhérent en haut, on ruptura une petite poche placée à droite et on déchira une veine volumineuse qui rampait à la surface de la masse morbide. Le sang et le liquide furent épongés avec soin et des pinces hémostatiques furent placées sur ces déchirures.

La cavité kystique primitivement ponctionnée fut largement ouverte; cette cavité est anfractueuse, offre d'épaisses cloisons et était encore remplie du liquide visqueux et grisâtre déjà signalé. On fit une injection d'eau tiède pour évacuer tout le liquide restant, dont la quantité put être évaluée à 1 litre 1/2.

De nouvelles tractions, exercées à l'aide de pinces fixatrices placées méthodiquement sur les parois du kyste sectionné, n'ayant amené aucun résultat, l'ouverture de l'abdomen fut augmentée; l'incision passa à gauche de l'ombilic et remonta jusqu'à 3 centimètres audessus.

Les tractions furent reprises, le kyste sortit d'abord à gauche; à

droite existaient des adhérences épiploïques qui furent saisies avec des pinces en T et sectionnées sans perdre une goutte de sang.

De nouvelles tractions firent enfin sortir toute la masse, dont le volume considérable explique l'accouchement difficile par la plaie abdominale.

Le pédicule est petit, gros comme un doigt et très-court, il répond à la partie droite de l'utérus. Deux broches sont passées en croix et deux anses de fil de fer sont serrées au-dessous à l'aide du ligateur Cintrat.

La toilette du péritoine est faite avec soin et on retire beaucoup de sérosité ascitique teinte en rouge par du sang.

On fait la suture de la paroi abdominale; trois fils d'argent sont placés au-dessus du point ou l'épiploon, formant lui-même deux faisceaux, est maintenu à l'extérieur; un fil d'argent est passé entre ces deux faisceaux épiploïques, enfin quatre autres fils sont placés au-dessous.

Deux grandes épingles à tête de verre sont passées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du pédicule; enfin une épingle ordinaire réunit la plaie à son extrémité pubienne.

Pour bien fixer l'épiploon, il est traversé par deux grandes épingles et on le lie solidement pour éviter tout écoulement de sang.

Ouate sur le ventre, ceinture de flanelle.

L'opération a duré 2 heures.

Les suites de cette ovariotomie furent très-simples; il n'y eut ni affaissement, ni vomissements; la fièvre traumatique survenue les 3e et 4e jours n'a donné que 38° dans l'aisselle. Dès ce moment jusqu'au 6e jour la température baisse; le 7e jour, elle remonte à 38° au moment où le pédicule et l'épiploon suppurent.

Le 13e jour, il y eut un peu d'épiploïte, ce qui nécessita l'application d'un vésicatoire volant et provoqua une élévation notable de température, 38°,6.

Le premier fil d'argent placé en haut de la plaie fut sectionné le 4e jour parce qu'il semblait étrangler les tissus, et enlevé le 7e jour. Les 2e, 6e et 7e fils furent retirés le 9e jour, enfin les 5e et 8e sont enlevés le 12e jour.

Deux fils restèrent en place et ne purent être enlevés, ce sont les 3e et 4e, c'est-à-dire les fils placés l'un immédiatement au-dessus de l'épiploon, l'autre entre les deux masses épiploïques laissées au dehors.

L'épingle ordinaire placée en bas de la plaie est enlevée le 6e jour; es épingles à tête de verre situées au-dessous et au-dessus du pédicule furent retirées les 9e et 12e jours; ce fut ce même jour qu'on enleva les deux épingles passées à travers les faisceaux d'épiploon et destinées à le maintenir au dehors. Enfin le 13e jour tombèrent à la

fois les deux broches passées à travers le pédicule et les deux anses de fil de fer.

La malade put se lever le 26e jour après l'opération. Lors de son départ, on constata l'existence d'une éventration au niveau de la partie moyenne de la cicatrice, aussi dut-elle porter une ceinture avec un coussin médian.

Reine D... retourna à Dunkerque et depuis ce temps n'a plus rien ressenti d'anormal du côté du ventre. Mes excellents collègues les Drs Dieu et Herbast l'ont suivie avec soin, et ces derniers jours encore (4 juin 1876) j'ai reçu des nouvelles excellentes de cette opérée.

Les règles sont régulières; l'exploration du ventre, absolument indolore, permet de s'assurer qu'il n'existe aucune tumeur soit du côté opéré, soit du côté sain. Deux nodosités très-nettes existent au niveau des points de suture qui n'ont pas été enlevés, mais ne gênent en rien notre opérée. L'éventration persiste et même Reine D... porte toujours sa ceinture abdominale.

La tumeur enlevée offrait tous les caractères des kystes multiloculaires de l'ovaire (1). Il y avait deux grandes poches principales comme nous l'avions diagnostiqué et un grand nombre de masses aréolaires, formées par la réunion de petits kystes.

Le contenu de ces kystes est visqueux, transparent, colloïde dans les petites poches, plus liquide et de couleur verdâtre dans les deux grands kystes, vidés en partie pendant l'opération. Ce liquide contenait des masses jaunâtres et des cristaux de cholestérine.

On ne trouve pas de traces de l'ovaire et la trompe est appliquée sur la tumeur kystique.

Quant aux kystes, ils ont des parois fibreuses, revêtues d'épithélium avec cellules calciformes disposées pour la plupart sur de petits prolongements en forme de villosités; on trouve aussi des amas de grosses cellules épithéliales à un ou plusieurs noyaux.

Cet examen a été fait au laboratoire d'histologie du Collége de France, par le Dr Malassez.

Obs. II. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Mort. — Autopsie. — Péritonite.*

Angélique L..., 26 ans, présenta dès l'âge de 12 ans un volume anormal du ventre, elle commença à y ressentir des douleurs assez vives avec nausées et vomissements.

---

(1) Malassez, in *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, nouv. série, t. I, no 1, p. 87, 1875.

Ces divers troubles, qui semblent se rapporter à l'établissement de la menstruation, cessèrent vers 12 ans 1/2, et Angélique L... jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans.

A cette époque, la malade s'aperçut d'un accroissement anormal du volume du ventre surtout à gauche, elle ressentit quelques douleurs abdominales, ses règles devinrent plus abondantes.

En 1871, mademoiselle L... fut prise de vives douleurs dans le bas-ventre et présenta tous les symptômes d'une péritonite : ballonnement du ventre, vomissements, fièvre, etc. Elle dut garder le lit 8 jours, puis tout rentra dans l'ordre et elle se rétablit, bien que les douleurs n'aient pas absolument cessé.

L'année suivante, nouvelle crise plus intense que la précédente; placée dans le service de Demarquay, on diagnostiqua l'existence d'un kyste de l'ovaire. Les phénomènes d'inflammation péritonéale durèrent 15 jours, au bout desquels la malade put retourner chez elle.

Depuis ce temps, les souffrances abdominales persistèrent, surtout à gauche, du côté du bassin; à ces symptômes locaux s'ajoutèrent des vomissements, de la dyspnée, une constipation habituelle, un peu d'œdème des membres inférieurs. C'est surtout en juin 1874, que mademoiselle L... fut très-souffrante : elle eut une 3e crise et dut garder le lit pendant quelques jours; aux phénomènes de péritonite, s'ajoutèrent des symptômes de cystite.

La tumeur abdominale, qui augmentait peu à peu de volume, s'accrut plus rapidement vers le mois d'octobre 1874 ; la malade entra alors dans le service du professeur Verneuil et y resta jusqu'au milieu de décembre.

Une ponction fut faite à gauche à l'aide d'un trocart à ascite et il s'écoula environ 5 litres d'eau d'un liquide filant, coloré en brun rouge. La ponction permit de s'assurer, que du côté droit il restait encore une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus et qui semblait solide.

Cette jeune femme me fut adressée à l'Hôpital temporaire par le professeur Verneuil et je l'examinai le 12 décembre 1874.

Dans la palpation et la percussion, on délimite très-facilement une tumeur abdominale bosselée, surtout en bas et à gauche, séparée du foie par des anses intestinales. Au niveau de l'ombilic le ventre présente une circonférence de 88 centimètres.

La pression exercée sur la tumeur n'est douloureuse que dans les flancs et surtout à droite. La tumeur est très-peu mobile, aussi croyons-nous à des adhérences, nous basant plus encore sur les accidents de péritonite survenus à trois reprises différentes.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est très-mobile et en antéversion.

Par le toucher rectal, on s'assure facilement du petit volume de l'utérus et de son extrême mobilité; la tumeur fait peu de saillie en arrière et ne comprime pas l'intestin.

Les commémoratifs et cet examen nous firent diagnostiquer un kyste multiloculaire avec adhérences soit du côté du grand bassin, soit aux intestins. Il nous fut impossible de déterminer si le kyste s'était primitivement développé à droite ou à gauche.

L'opération fut fixée pour le 29 décembre 1874, mais la veille de ce jour, la malade fut prise d'une pneumonie qui se compliqua d'une phlegmatia alba dolens du membre abdominal gauche. L'opération fut donc remise à une époque ultérieure, et la malade fut confiée aux soins de notre collègue et ami le Dr Rigal.

Trois mois après, c'est-à-dire en avril 1875, la malade était tout à fait remise de ses accidents pulmonaires et circulatoires, sa température était normale, aussi nous nous décidâmes à intervenir, d'autant plus que la tumeur s'était notablement accrue.

Le ventre globuleux, asymétrique, offrait à gauche une bosselure très-appréciable à la simple vue; sa circonférence au niveau de l'ombilic donnait 98 centimètres, soit 10 centimètres de plus qu'au premier examen. En même temps que la tumeur s'était accrue, ses bosselures s'étaient accentuées.

Un second examen minutieux de la malade nous fit confirmer notre premier diagnostic, à savoir qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire à loges assez larges à droite, petites et nombreuses à gauche, côté où s'était probablement développé la tumeur kystique.

La mobilité de la masse nous parut plus grande qu'à la suite du premier examen, ce qui résultait très-probablement de l'accroissement de la tumeur, accroissement qui l'avait portée en masse vers la cavité abdominale. Toutefois, les signes rationnels de trois attaques de péritonite nous firent affirmer l'existence d'adhérences épiploïques, pariétales ou intestinales.

L'opération fut faite le 17 avril 1875, avec l'aide de MM. les docteurs S. Duplay, Just-Lucas-Championnière, Terrillon, Thévenot, de MM. Richet et Richerand, internes du service.

Incision de la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'au pubis; le tissu graisseux sous-péritonéal saigne assez abondamment. Le péritoine est très-facilement incisé, il n'y a pas d'ascite.

La paroi kystique mise à nu est recouverte d'une masse considérable d'épiploon très-vasculaire et adhérent. Cette paroi présente trois bosselures, deux supérieures et une inférieure; on ponctionne la bosselure supérieure gauche, à l'aide d'un gros trocart auquel est annexé un appareil aspirateur.

De cette façon, 6 litres d'un liquide grisâtre, visqueux sont retirés très-facilement. Trois pinces fixatrices sont appliquées l'une sur l'ou-

verture faite au kyste, les deux autres au-dessus et au-dessous; quelques tractions ne produisent aucun résultat.

L'épiploon adhérent en avant du kyste et à droite est détaché et sectionné entre deux ligatures; quelques vaisseaux donnant encore un peu de sang, du côté de l'épiploon, on place des pinces hémostatiques et en T.

Les tractions exercées sur le kyste le font un peu sortir, mais des adhérences existent plus profondément à droite et toujours avec l'épiploon.

Dans le but de diminuer le volume de la masse du kyste, on fait une 2e ponction sur la partie médiane du kyste, mais on n'obtient que quelques centaines de grammes d'un liquide filant, teinté de sang. Cette seconde ouverture est observée à l'aide de pinces fixatrices. Une 3e ponction est tentée à droite sans plus de résultat. Ne pouvant diminuer le volume de la masse morbide, l'ouverture abdominale fut agrandie, en contournant à gauche l'ombilic.

Cela fait, des tractions permirent de dégager la tumeur surtout à gauche, bientôt on vit la trompe et son pavillon, adhérents à la masse morbide, le pédicule était donc à gauche, comme on l'avait soupçonné. On s'efforça de dégager la partie droite du kyste, mais la partie gauche fut seule presque totalement amenée au dehors, et comme elle contenait encore du liquide on l'incisa, ce qui permit de sortir la plus grande partie de la tumeur.

Les adhérences épiploïques déjà reconnues et situées profondément furent sectionnées entre deux ligatures, et la masse kystique incisée largement put être très-suffisamment diminuée pour sortir facilement.

Mais par le toucher et la vue, on acquit la certitude qu'il existait en arrière et à droite d'autres adhérences très-vasculaires et très-résistantes probablement avec le gros intestin. Ces adhérences allongées et en quelque sorte fasciculées sont sectionnnées entre deux pinces en T, l'une d'elles est sectionnée entre deux ligatures.

Le kyste est attiré au dehors, le pédicule, de la grosseur du doigt d'un adulte, est traversé par deux broches disposées en croix, deux anses de fil de fer sont serrées à l'aide du ligateur Cintrat, et on sectionne le pédicule.

La toilette du péritoine est faite avec soin, quelques nouvelles pinces hémostatiques sont placées sur des adhérences saignantes, enfin un fil à ligature est fixé sur la bride assez longue déjà sectionnée entre deux ligatures.

On pratique alors la suture abdominale, l'épiploon est placé en haut de la plaie entre deux épingles à tête de verre, le fil placé sur la longue adhérence intestinale, est attiré au dehors avec celle-ci et fixé n même temps que l'épiploon. Quatre fils d'argent sont placés au-

dessous et les sutures sont faites après avoir retiré les pinces hémostatiques placées sur les adhérences. Le pédicule du kyste est maintenu entre deux épingles à tête de verre tout à fait en bas de la plaie.

Pour éviter l'issue ou la rentrée facile de l'épiploon, on le fixe aux téguments à l'aide d'une épingle ordinaire ; du reste toute la partie extérieure de l'épiploon est liée à l'aide d'un fil de fer et excisée. Une pince à pression continue est laissée en place sur un vaisseau de la paroi, au niveau du point où sort l'épiploon, enfin ce dernier est touché avec du perchlorure de fer étendu.

Compression du ventre avec de l'ouate et une bande de flanelle.

L'opération a duré 3 heures 1/2.

A 1 heure 1/2, pouls 104, température 37°,2.

Le soir, pouls 90, irrégulier, température, 38°,1.

La malade a vomi deux fois, pas de douleurs abdominales, elle est toujours affaissée. On la sonde trois fois et les urines contiennent un peu de muco-pus.

Le 18, quelques douleurs dans le flanc droit au niveau des adhérences, pas de ballonnement. L'état général est toujours peu satisfaisant. Deux vomissements la nuit dernière. Pouls 80, température 37°,2.

Le soir, un peu de ballonnement et quelques coliques. Pouls 100, température 37°,9.

Le 19, nuit agitée, coliques, hoquet; à 7 heures du matin, on réchauffe la malade qui semble se refoidir.

A 9 heures, ballonnement de la portion sus-ombilicale, pas de vomissements, pas de hoquet. Température 36°8, pouls 110.

Deux larges vésicatoires sont appliquées sur les parties latérales de l'incision médiane au niveau des hypochondres et des flancs.

A 5 heures, pas de vomissements, sommeil pendant 1 heure, évacuation de gaz après un lavement. Température 36°,8, pouls 100, irrégulier.

Le 20, nuit calme, pas de vomissements, quelques douleurs, 2 quarts de lavement avec 10 gouttes de laudanum.

A 7 heures, la malade est prise brusquement de tous les signes d'une péritonite suraiguë et meurt à 1 heure moins le quart, soit 72 heures après l'opération.

Autopsie. — Elle fut faite 20 heures après la mort.

Le ventre est très-ballonné, toutefois la suture abdominale paraît intacte, sauf un point situé au-dessus du pédicule, par lequel s'est écoulé une certaine quantité de liquide, mais seulement depuis la mort. La paroi abdominale fut enlevée de manière à examiner l'état de la suture faite sur la ligne médiane.

Le grand épiploon est absolument sain et n'offre aucune trace d'inflammation aux points où il est fixé à la paroi de l'abdomen.

L'intestin grêle est gonflé, couvert d'arborisations vasculaires, il ne présente ni adhérences nouvelles, ni fausses membranes. A droite, au niveau de l'anse formée par le côlon ascendant et le côlon transverse, le péritoine *pariétal* est noirâtre, congestionné; on y trouve les débris des pseudo-membranes qui fixaient le kyste. De l'une de ces brides, la plus longue et la plus volumineuse, part le fil à ligature placé pendant l'opération; sous l'influence du ballonnement excessif du ventre l'extrémité de l'adhérence et le fil primitivement placés au dehors sont rentrés dans l'abdomen; fait grave et qui résulte d'une fixation insuffisante du fil à l'extérieur.

Le péritoine renferme un liquide jaunâtre coloré par la bile.

La suture de la paroi est parfaite et il faut un certain effort pour la détruire. Le pédicule du kyste est intact et non enflammé, l'autre ovaire offrait à la coupe de petits kystes interstitiels. En résumé, il existait une péritonite tout à fait à son début, sans pseudo-membranes, sans pus, et qui bien certainement avait pris naissance du côté des adhérences pariétales, et l'on peut se demander si la présence insolite d'un fil à ligature n'a pas activé sa marche, bien que celui-ci n'ait pu rentrer dans le ventre que vers la fin de l'existence, alors qu'il s'est produit un ballonnement considérable.

Le kyste enlevé offrait une vaste poche vidée et incisée qui occupait toute la partie supérieure et droite de la masse morbide; la partie inférieure et gauche était fermée par un amas de kystes plus ou moins petits; c'est à cette partie que se rendait la trompe. La quantité de liquide évacué pendant l'opération fut d'environ 8 litres 1/2; quant à la masse solide formée par les parois du grand kyste et la masse polikystique, elle pesait 1 k. 080. La tumeur intacte devait donc peser environ 9 kilogrammes 1/2.

Le Dr Malassez, qui a fait l'examen du kyste, nous a donné la note suivante :

« La tumeur est formée de kystes multiples à contenu variable, visqueux, transparent ou opalescent, ou bien très-épais, opaque, couleur chocolat, avec des paillettes brillantes.

« Les parois, d'aspect fibreux, présentent des saillies et de nombreux kystes petits, formant relief dans la cavité des kystes plus volumineux. La structure de ces parois est fibreuse, avec quelques fibres musculaires lisses, d'ailleurs très-rares; elles offrent en outre des villosités et des dépressions en doigts de gants et sont tapissées d'épithélium caliciforme dans presque toute leur étendue.

« Le liquide renfermait des éléments épithéliaux dégénérés et très-abondants dans les kystes à contenu opaque; des globules rouges plus ou moins altérés dans les kystes à contenu couleur chocolat, enfin des cristaux de cholestérine. »

En résumé, il s'agit encore ici d'un de ces kystes multiloculaires dont la structure a été longuement étudiée par le Dr Malassez (1).

M. Polaillon. M. Terrier a appelé notre attention sur l'existence de phlegmatia alba dolens chez des malades affectées de kystes ovariques. J'ai communiqué à M. Zambicki, qui l'a publiée dans sa thèse sur les tumeurs solides de l'ovaire, l'observation d'une jeune fille de 14 ans qui, en outre de sa tumeur ovarique, offrait de l'ascite. La malade fut atteinte de pleuro-pneumonie, de phlegmatia alba dolens, je ne crus pas devoir opérer et, en effet, la mort survint au bout de quelques jours. A l'autopsie, on constata la présence d'une tumeur comme la tête, de nature cancéreuse, offrant des champignons à sa surface, et baignant dans un liquide sanguinolent. Il y a donc contre-indication formelle de l'opération lorsqu'on observe quelques complications du côté des poumons et des veines. Je veux signaler un second point, c'est la gravité des kystes de l'ovaire qu'une grossesse vient compliquer. La grossesse suit son cours normal, mais les suites de couches offrent une gravité spéciale ; j'ai observé deux faits qui confirment cette manière de voir. Chez une de ces malades, la grossesse avait été normale, mais la malade se plaignant de conserver un état douloureux du ventre, je palpai l'abdomen et je sentis une tumeur qui avait tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. La malade m'avoua qu'elle portait ce kyste avant sa grossesse, mais qu'on lui avait défendu de laisser pratiquer une opération ; je crois en effet que dans ce cas, longtemps après les suites des couches, il faut s'abstenir de tenter même une ponction.

M. Terrier. Je suis tout à fait opposé à l'ovariotomie pendant la grossesse, comme notre collègue, mais, contrairement à lui, j'ai observé deux faits dans lesquels il y avait pneumonie et phlegmatia sans aucune trace d'ascite. L'ascite a pour moi une grande importance ; elle indique souvent l'existence d'un kyste qui, au lieu de présenter des végétations internes, en offre à l'extérieur. Dans un cas qui m'a été adressé par M. Gosselin et où existait une ascite non sanguinolente, il y avait des végétations sur la partie antérieure du rectum, sur l'utérus aussi bien que sur l'ovaire.

L'ascite et la phlegmatia ne seraient donc que les effets d'une même cause. La phlegmatia dépendrait de la nature de la tumeur, l'ascite de son volume seul.

(*Séance du 5 juillet 1876. — Bull. de la Société de Chirurgie.*)

---

(1) Voyez les *Bulletins de la Société de chirurgie*, nouv. série, t. I, p. 87, 1875.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Érythème des enfants. — M. Parrot termine la communication qu'il a commencée dans la dernière séance et qui est relative à l'érythème des enfants. Il a décrit dans la première partie de sa communication l'érythème vésiculeux ; il décrit aujourd'hui l'érythème papuleux.

Ce dernier, contrairement à l'érythème vésiculeux qui s'observe surtout chez le nouveau-né, se rencontre plus spécialement sur des enfants plus âgés. Il est caractérisé cliniquement par des papules d'une forme semi-lenticulaire, lisses, confluentes, d'un aspect rouge, violacé, à marche chronique. Tantôt ces papules s'aplatissent et finissent par disparaître sans laisser de traces ; tantôt elles finissent par s'ulcérer.

Sur une coupe de la peau atteinte de cette affection, voici les traits les plus saillants que l'on constate : les colonnes du corps muqueux de Malpighi augmentent dans toutes leurs dimensions, aussi bien en largeur qu'en profondeur, elles deviennent moins nettes. On constate dans le derme une prolifération considérable des noyaux. Cette prolifération nucléaire est le caractère fondamental de la lésion de l'érythème papuleux. (*Séance du 22 juillet* 1875, *Gaz. hôp.*)

M. DE SINÉTY fait la communication suivante :

Sur l'histologie normale de la cavité utérine quelques heures après l'accouchement.

Les préparations histologiques que je présente à la Société proviennent, les unes d'un utérus double, dont une des moitiés contenait un fœtus à terme et dont l'observation a été publiée par M. Budin (1), d'autres d'un utérus normal à terme d'une femme morte 22 heures après ses couches d'une attaque d'éclampsie et sans fièvre.

L'accouchement avait été naturel et avait duré fort peu de temps. J'insiste sur ce fait, que l'autopsie a pu être pratiquée au mois de janvier par une température très-froide et peu de temps après la mort. Ce fait a d'autant plus d'importance, que je me suis assuré, par l'examen d'un grand nombre d'utérus, que les deux tiers des utérus pris à l'autopsie ne peuvent donner aucun renseignement sur l'état

(1) *Progrès médical*, numéro du 4 mars 1876, et *Annales de gynécologie*, avril 1876. L'opération césarienne pratiquée immédiatement après la mort de la mère avait donné un enfant vivant.

de la muqueuse utérine, tant cette partie de l'organe s'altère avec facilité, et ce sont des cas de ce genre qui ont fait dire, sans doute, à certains histologistes, que la couche musculaire se trouvait quelquefois à nu dans la cavité utérine.

Je n'ai observé ce derner fait, qui est, en effet, très-fréquent, que sur des utérus altérés par un commencement de putréfaction, mais jamais sur des utérus frais.

Il n'y a pas bien longtemps encore qu'on considérait la caduque comme une coagulation d'une substance comparable à la fibrine, et ce n'est qu'en 1848 que M. Robin, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine*, démontra que la caduque n'est autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée et ayant subi certaines modifications. Le même auteur développe cette idée dans deux autres mémoires (1). En France, aucun autre travail histologique n'a été publié sur ce sujet, et tous les traités d'accouchements ou de gynécologie les plus modernes ne font que citer des passages des mémoires de M. Robin. A l'étranger, la question a été reprise par plusieurs auteurs : Williams, en Angleterre; Ercolani, en italie; Friedlander et quelques autres, en Allemagne.

Le fait général, que la caduque n'est qu'une muqueuse utérine modifiée, ne fait plus aujourd'hui l'objet d'aucun doute, comme l'a péremptoirement démontré, l'année dernière, une discussion qui a eu lieu, à ce sujet, à la Société obstétricale de Londres. Mais certains points de vue restent encore obscurs, et c'est la raison qui m'a engagé à montrer quelques préparations que je considère comme très-intéressantes à ce point de vue.

Je ne veux pas décrire ici exactement les détails histologiques que j'ai l'intention de publier dans un travail plus étendu, je me contenterai de résumer les questions, au sujet desquelles mes préparations m'ont paru démonstratives.

Friedlander admet pour la caduque deux couches, la plus superficielle, ou couche des grosses cellules, et la plus profonde, ou couche des glandes, qui reposerait sur la couche musculaire de l'utérus.

Il résulte de mes observatisns que cette division en deux couches n'a pas de raison d'être, et que les glandes sur un utérus à terme parviennent souvent jusqu'à la face libre, comme on le voit sur les préparations de cet utérus double.

Il est vrai que les cellules de la caduque sont plus grosses en se rapprochant des membranes de l'œuf, mais on trouve tous les intermédiaires entre les cellules du tissu conjonctif ordinaire et les cellules géantes, de forme et de dimension souvent si bizarres. Les glan-

(1) *Journal de Brown-Séquard*, 1858 et *Académie de médecine*, 1861.

des sont aussi plus dilatées vers la partie moyenne, mais un certain nombre de ces glandes, je le répète, se voient encore près du point de réunion des parties maternelles et fœtales du placenta.

Il n'y a donc pas lieu de discuter, comme l'ont fait dernièrement Langham et Friedlander (1), pour savoir si la déhiscence du placenta s'opère dans la couche des cellules ou dans celle des glandes. J'ai souvent observé des débris de glandes entraînés avec les membranes, tandis qu'une partie de ces mêmes glandes restait dans l'utérus.

On a dit aussi que la déhiscence du placenta résultait de la dégénérescence graisseuse des éléments de la caduque. En étudiant, au moyen de la dissociation, la face utérine de placentas très-frais ou la surface de l'utérus immédiatement après la couche, j'ai vu que la plus grande partie des grosses cellules contenait peu ou pas de graisse, et jamais la dégénérescence graisseuse n'était poussée assez loin pour expliquer la déhiscence du placenta. Il n'en est plus de même si on étudie l'utérus quelques jours après l'accouchement ou dans certains cas pathologiques.

On a dit aussi, qu'en dehors de l'insertion placentaire on trouvait, au moment de l'accouchement à terme, une muqueuse de nouvelle formation. Je ne l'ai jamais rencontrée à cette époque, et il n'y a d'autres différences, entre les divers points du corps de l'utérus, qu'un plus grand développement des éléments et des vaisseaux à l'endroit où s'insère le placenta.

Je n'ai jamais trouvé de surface recouverte d'épithélium, et, quelques jours après l'accouchement, la lumière des glandes, comme le tissu qui les sépare, est complètement remplie et infiltrée de petites cellules rondes (éléments embryonnaires ou globules blancs) qui donnent au tissu l'aspect d'un tissu embryonnaire.

Cet état embryonnaire du corps de l'utérus après l'accouchement présente un certain intérêt au point de vue des métrites granuleuses, si fréquentes à la suite des couches, métrites dont les végétations ont presque la même composition histologique (2).

Quelle est la nature des grosses cellules de la caduque ?

---

(1) *Archives de Gynécologie* (*allemandes*), 1875 et 1876.

(2) J'indiquerai aussi, en passant, ce fait signalé par Friedlander, mais sur lequel il n'a peut-être pas assez appelé l'attention, que, quelques heures après les couches, la cavité utérine est complètement revêtue d'une couche de fibrine coagulée adhérant au tissu sous-jacent, et que l'on observe très-bien sur les coupes faites avec précaution.

Je ne parle pas du col de l'utérus, ayant vu, comme tous les auteurs, que cette portion de l'organe conserve son épithélium, et qu'on n'y trouve pas de cellules géantes. En somme, le col ne participe en rien à la formation de la ca-

Pour beaucoup d'auteurs, ces éléments sont des cellules épithéliales. Pour d'autres, et je me rattache complètement à cette dernière opinion, ce sont des éléments du tissu conjonctif (1). Leur situation irrégulière, leur forme aplatie, la façon dont elles entourent les vaisseaux, ne doivent, il me semble, laisser aucun doute à cet égard. On peut aussi s'assurer, par des dissociations, que les soi-disant corps fusiformes de la caduque ne sont autre chose que ces grosses cellules plates vues de profil.

La présence de cette masse d'éléments jeunes et l'absence d'épithélium caractéristique sur aucun point de la cavité du corps d'un utérus recueilli peu d'heures après l'accouchement me porteraient à admettre, avec Williams (2), que c'est aux dépens de ces petites cellules rondes que se régénère dans la suite l'épithélium utérin.

Des quelques faits que je viens d'exposer, celui sur lequel je désire plus spécialement appeler l'attention, c'est que, quelques heures après l'accouchement, le tissu qui revêt la cavité utérine est principalement constitué (excepté pour le col) par de petites cellules rondes, fortement colorées par les réactifs, masquant presque les grosses cellules et donnant à l'ensemble de ce tissu l'aspect d'un tissu embryonnaire.

Il y a donc une différence histologique entre un utérus à terme, mais contenant encore le produit de conception, et le même organe peu de temps après qu'il a expulsé ce produit.

(*Séance du 22 juillet* 1876, *Gaz. méd.*)

ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

44e congrès annuel tenu à Sheffield

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

De l'influence de la position dans le traitement de certaines affections utérines.— Le Dr W. Edis appelle l'attention sur les avantages qu'on peut retirer de la position *genu-pectorale* dans le traitement

---

duque; ses glandes sont seulement un peu hypertrophiées, et l'épithélium caliciforme qui, chez la femme adulte, tapisse les glandes et les replis de la muqueuse, peut, par le fait de la dilatation, se trouver recouvrir la surface libre, comme j'ai eu l'occasion de l'observer.

(1) Waldeyer les appelle des cellules plasmatiques (Plasmazellen), *Centralblatt*. 1876, p. 45.

(2) *On the structure of the mucous membrane of the uterus*, Williams, London, 1876, p. 27.

des déplacements de l'utérus. Après avoir décrit la méthode, il entre dans quelques détails qui montrent l'action pneumatique produite par la position et les services qu'elle peut rendre dans la rétroflexion et la rétroversion de l'utérus, principalement pendant les premiers mois de la gestation, en prévenant les fausses couches et en facilitant l'élévation de l'utérus dans la cavité abdominale. Lorsque le déplacement de l'utérus coïncide avec une métrite, la position des genoux permet souvent de supporter un pessaire qui n'eût pu être toléré autrement. Dans les cas de stérilité dus à la rétroflexion ou à la rétroversion, la conception peut avoir lieu après un seul coït pratiqué dans la position genu-pectorale. Lorsque la rétroversion de l'utérus gravide survient vers le quatrième mois et occasionne la rétention d'urine, l'organe peut être réduit facilement et sans danger en plaçant la malade sur ses genoux.

M. Marion Sims fait remarquer qu'il a le premier introduit cette méthode dans la thérapeutique en 1845. MM. Aveling et Savaye reconnaissent la priorité du chirurgien américain et apprécient la valeur du procédé. La seule objection est que beaucoup de femmes ne peuvent rester longtemps dans la position genu-pectorale, à cause de la congestion qui se manifeste vers la tête.

De l'influence de la grossesse sur certaines affections de l'oreille.— Le Dr Pierce a remarqué chez certaines malades une aggravation des symptômes dans les maladies de l'oreille pendant la grossesse ou à la suite de l'accouchement. L'inflammation chronique de la cavité tympanique sans suppuration est l'affection qui a paru subir le plus souvent l'influence de la grossesse. Après chaque accouchement, les malades souffraient davantage, l'ouïe diminuait et le *tinnitus aurium* était plus marqué. Cette aggravation des symptômes était très-persistante, et, finalement, l'ouïe disparaissait presque entièrement après quelques grossesses. Des femmes jeunes, fortes et, en apparence très-robustes, étaient principalement atteintes ; les symptômes se manifestaient au début de la grossesse et augmentaient jusqu'à l'accouchement. Cette aggravation ne saurait être comparée à celle qu'on observe habituellement dans le cours des fièvres ou de quelques affections constitutionnelles. Les autres affections auriculaires étaient moins influencées par la grossesse. La syphilis n'a pu être mise en cause dans les cas qui ont été observés par le Dr Pierce. Cette influence résulte-t-elle de la diminution de la force nerveuse (*nerve power*) ou des conditions spéciales de l'organisme pendant la grossesse ? L'observation et l'étude d'un plus grand nombre de faits permettront peut-être de répondre un jour à cette question.

De l'atrésie utérine et des cicatrices douloureuses résultant de l'em-

ploi des caustiques. — Le Dr Wallace, de Liverpool, appelle l'attention sur quelques abus résultant de l'emploi du *speculum uteri* et des cautérisations utérines et vaginales. Il remarque que le spéculum est souvent appliqué inutilement, non-seulement par les spécialistes, mais par les médecins en général, et que ces applications intempestives sont loin d'être sans inconvénients. Chez deux malades, qui avaient été soumises à l'examen au spéculum et cautérisées deux fois par semaine, l'une pendant deux ans et l'autre pendant dix-huit mois, le Dr Wallace a observé l'atrésie complète de l'orifice du col. Chez d'autres, l'atrésie était partielle, et on observait des cicatrices douloureuses qui ne pouvaient être attribuées qu'à des cautérisations anciennement et peut-être inutilement pratiquées.

Paralysie hystérique (?) chez une petite fille de 8 ans causée par la foudre. — Le Dr Martin Oxley, de Liverpool, a observé le cas suivant : A. O., âgée de 8 ans, entre à l'hôpital des Enfants de Liverpool. Sa mère raconte, qu'au mois d'octobre 1875, elle fut surprise par un violent orage, revint effrayée à la maison et tomba dans un état d'insensibilité qui dura deux heures. Depuis cette époque, elle a presque entièrement perdu le mouvement et le sentiment ; elle ne prononce que quelques monosyllabes et ne peut mastiquer et avaler les aliments. Avant l'accident, elle était robuste et intelligente et n'avait jamais été malade. Au moment de l'admission, elle est très-émaciée, les cuisses sont fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses comme dans certaines coxalgies doubles. On peut obtenir l'extension des membres inférieurs sans provoquer de douleurs, mais ils reprennent aussitôt la position fléchie. Le mouvement et le sentiment sont absents, et il est impossible de produire des mouvements réflexes en excitant la région plantaire. Le courant d'une batterie de Stöhrer, de deux éléments, est appliqué sur les membres inférieurs sans produire ni contractions musculaires ni douleurs. La malade était en même temps très-sourde et avait complètement perdu l'intelligence : la température était normale, le cœur et les poumons sains. On prescrivit un traitement tonique et l'application de courants intermittents sur les membres supérieurs et inférieurs. Le résultat fut d'abord négatif, mais, au bout de quelques semaines, l'enfant accepta les aliments avec moins de répugnance et commença à sentir les courants. Le même traitement fut continué et la guérison complète fut obtenue au bout de trois mois.

Le Dr Wiltshire fait quelques remarques sur la pathologie de ces cas et pense qu'ils doivent être attribués à une contraction spasmodique des vaisseaux des centres nerveux ; il rappelle, à ce sujet, un cas de paralysie faciale qu'il a observée chez un enfant de 5 ans à la suite de la frayeur. Cette opinion est partagée par le Dr Howell.

Éclampsie puerpérale traitée avec succès par des injections hypodermiques d'ergotine, par le Dr STAINTHORPE.—Il s'agissait d'une primipare, chez laquelle la saignée, les purgatifs, les irritants et les inhalations de chloroforme avaient été inutilement employés. Le Dr Stainthorpe administra l'ergotine par la méthode sous-cutanée et termina rapidement l'accouchement à l'aide du forceps. L'enfant vint au monde vivant et la mère guérit. Selon la remarque du Dr ATTHILL, il est probable que l'ergotine a agi, dans ce cas, en hâtant la terminaison de l'accouchement plutôt qu'en agissant directement sur les phénomènes convulsifs.

De l'ictère pendant la grossesse et de ses effets sur la mère et l'enfant.—Le Dr MONKS résume brièvement les cas suivants : 1° Bonne constitution, cinquième grossesse. L'ictère se manifeste vers le huitième mois ; l'accouchement a lieu prématurément, l'enfant naît mort et la mère succombe quelques heures après la délivrance.— 2° Mêmes symptômes. L'ictère est traité par les moyens habituels. Accouchement prématuré d'un enfant mort ; la mère succombe six heures après la délivrance. — 3° Est admise à l'hôpital le 13 avril ; grossesse de six mois ; ictère avec ses symptômes habituels. Le 27, on a la conviction que l'enfant est mort. L'état de la malade est très-grave. Le 3 mai, le Dr Monks pratique l'accouchement prématuré d'un enfant mort ; la mère succombe quelques heures plus tard.

De l'hystérie. — M. le Dr W. HIME, de Sheffield, fait quelques remarques intéressantes sur cette affection. Il pense que c'est à tort que les gens du monde, et même les médecins, sont toujours disposés à voir de l'exagération et des impostures chez les hystériques. Cette manière de voir ne se rencontre jamais chez les médecins, qui connaissent la véritable nature de l'affection « caractérisée par une diminution de la volonté coïncidant avec une exubérance des fonctions sensoriales. » Le Dr Hime revient sur un fait généralement admis aujourd'hui, à savoir, que les affections hystériques reconnaissent très-rarement pour cause les passions érotiques et que le mariage n'a aucune influence sur la marche de la maladie ; et il cite, à l'appui de cette assertion, plusieurs cas observés chez des femmes mariées, âgées et mères de famille, et chez des enfants. Dans la grande majorité des cas, l'hystérie existe sans lésions des organes génitaux. Sur 1040 malades, appartenant à diverses classes de la société, 30 pour 100 seulement présentent des affections de ces organes. Dans les maladies graves de l'utérus, carcinome, métrite, etc., l'hystérie se rencontre rarement. L'auteur propose un traitement physique et un traitement moral, et il attache plus d'importance à ce dernier.

Epithelioma de l'utérus. — M. le Dr Marion Sims montre plusieurs pièces pathologiques relatives à des ablations de tumeurs utérines. En ce qui concerne les tumeurs épithéliales, il se déclare *localiste* et partisan de l'opération, non pas avec l'écraseur, qui ne permet pas d'enlever tous les tissus malades, mais avec les caustiques ou le galvano-cautère. Les chances de succès étaient considérables lorsque les ganglions lombaires étaient intacts. Une intéressante discussion, à laquelle ont pris part MM. Aveling, Wiltshire et Hime, a suivi cette communication.

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES (suite et fin) (1).

Suite de la discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale, les maladies infectieuses et l'infection purulente.

Traduction du Dr Edouard MARTIN.

Dr Greene.— Sur près de 2,000 accouchements auxquels j'ai assisté dans ces dix dernières années, une proportion de 10 accouchées pour 100 environ ont souffert plus ou moins de quelqu'une des affections auxquelles sont sujettes les femmes enceintes, et que l'on a si fréquemment réunies sous le terme général de fièvre puerpérale, affection de l'existence de laquelle j'ai douté pendant un temps, mais que je crois maintenant être une malade distincte. Les affections fébriles qui surviennent après l'accouchement me semblent pouvoir être divisées en trois formes, différant essentiellement dans leur origine, leur marche, leur durée et leur gravité; suivant que la cause qui les produit est locale et passagère, locale et persistante, ou générale. Les deux premières formes sont souvent auto-génétiques, jamais la troisième: 1° La présence de caillots dans l'utérus ou le vagin, ou même de la constipation, peuvent déterminer des symptômes alarmants qui cèdent à l'usage d'injections ou de lavements. Il y a quelque temps, une de mes accouchées fut prise, le quatrième jour après un accouchement normal, de frisson, de douleurs abdominales, de suppression des lochies et de la sécrétion lactée, avec élévation considérable de la température et du pouls, mais en même temps d'efforts infructueux pour aller à la garde-robe. Je fis des lotions vaginales avec une solution diluée d'hypochlorite de chaux, les lochies étant odorantes, et je prescrivis 5 grains de calomel. Le lendemain, je trouvai la ma-

---

(1) Voir les numéros d'octobre, de novembre, de décembre 1876, p. 297, 366, 457 et de février, mai et août 1876, p. 131, 378 et 142.

lade un peu faible, mais très-soulagée, je prescrivis des stimulants et une bonne nourriture, et la guérison ne se fit pas attendre. Je pense que l'usage des cathartiques est indiqué dans bon nombre de cas. Une chambre mal ventilée, trop chauffée, en facilitant la décomposition des lochies, est une cause de septicémie ; je pourrais vous citer bien des exemples où le peu d'intelligence des personnes chargées de surveiller les accouchées a influé sur les suites de couche. Dans tous les cas que je range dans la *deuxième forme* de fièvre puerpérale, on trouve, dans les antécédents de la femme en couche, des conditions de santé peu satisfaisante, influant plus que la lésion locale sur la marche de la maladie, tout comme on voit, chez l'homme, des lésions insignifiantes donner lieu à des accidents mortels lorsque l'état général est mauvais.

Dans la *troisième forme* qui comprend les six huitièmes au moins des cas de fièvre puerpérale, la contagion vient du dehors par l'intermédiaire du médecin, de la garde, ou de quelque autre personne qui a été en rapport avec une autre personne souffrant de la même maladie.

De tous les exanthèmes la scarlatine est celle qui, d'après mon expérience personnelle, attaque le plus fréquemment les femmes en couche; quoique donnant lieu à des symptômes graves, elle ne m'a pas paru fréquemment mortelle. Il y a quelques années, je soignais un garçon atteint d'une forme grave de scarlatine, presque toutes mes accouchées furent prises de fièvre et de maux de gorge; chez plusieurs d'entre elles l'éruption caractéristique fit défaut. Plusieurs des nouveau-nés furent aussi atteints de scarlatine; aucun d'eux ne succomba. Depuis lors, j'ai observé plusieurs autres cas semblables, toujours j'ai pu retrouver la cause de la contagion. J'ai soigné deux cas de petite vérole chez des femmes en couche dans lesquelles les prodromes étaient absolument ceux que l'on a décrits pour la fièvre puerpérale. J'ai observé aussi plusieurs cas d'érysipèles survenant chez des femmes récemment accouchées, tous se terminèrent par la mort. Dans un de ces cas, j'ai pu découvrir la cause de l'affection; la garde-malade venait de soigner une personne atteinte d'un phlegmon érysipélateux, le nouveau-né succomba aussi à la même affection.

En résumé, il n'existe pas d'affection que l'on puisse qualifier du nom de fièvre puerpérale ; ce terme peut avantageusement être remplacé par ceux de septicémie, de scarlatine, d'érysipèle, en y ajoutant l'épithète de *post partum*.

Dr Routh. — J'ai assisté aux épidémies terribles de fièvre puerpérale que l'on a observées en 1846 et 1847 à l'hôpital de Vienne : 456 femmes moururent dans la première, et 176 dans la seconde. Je vis la plupart de ces cas et publiai, à mon retour en Angleterre, un mémoire dans lequel je montrai que l'affection se communiquait directement par inoculation, par les mains des étudiants qui venaient

d'assister à des autopsies légales et se contentaient de laver leurs mains dans un peu d'eau avant d'examiner des femmes en travail. Il me semble bien démontré que l'affection ne se communiqua pas dans cette épidémie d'une personne à une autre. Plusieurs des garde-malades et des sages-femmes qui soignaient ces femmes étaient mariées, plusieurs accouchèrent pendant l'épidémie, aucune ne fut atteinte. Dans la division où le travail était surveillé par des femmes qui ne pratiquaient pas d'autopsies, l'affection ne se montra pas, ou du moins les cas furent peu nombreux. Après certaines mesures de précautions, et lorsque les étudiants furent obligés de se laver les mains dans une solution d'hypochlorite de chaux avant de prendre part à un accouchement, la mortalité diminua considérablement.

Fréquemment l'affection se communique aux femmes en couche par les doigts d'une personne souillés de quelques matières putrides. Les faits de ce genre abondent ; notons par exemple: ceux qui ont été publiés par le Dr Storr, il y a quelques années dans les *Transactions of the provincial medical Association*. Il est évident, d'après ce que j'ai vu, soit à Vienne, soit sur une plus petite échelle ici, qu'une variété de fièvre puerpérale peut provenir de l'inoculation directe. Mais il existe outre cela, comme tous les écrits et les faits le démontrent, une autre variété de fièvre puerpérale éminemment contagieuse, qui se communique d'une femme à une autre, que son origine provienne d'un érysipèle, d'une fièvre typhoïde ou de quelque autre affection.

M. Vallace.—J'approuve ce que vient de dire M. Routh sur la tendance contagieuse, ou non contagieuse de divers cas de fièvre puerpérale. Jusqu'au 10 octobre dernier, j'ai eu la chance de soigner 2,000 femmes en couche, sans en perdre une seule. A cette époque, une femme, dans des conditions hygiéniques mauvaises, habitant une chambre mal ventilée, mourut six jours après ses couches, de ce que l'on pourrait appeler une fièvre typhoïde modifiée par l'état puerpéral. Je revenais de la campagne le jour même où cette femme accoucha, et ce qu'il y a de singulier, c'est que les deux premiers jours après mon retour, je soignais en outre 4 femmes en couche qui toutes furent plus ou moins malades et 2 même très-gravement, quoiqu'aucune d'elles ne mourut. J'abandonnai alors pendant trois semaines ma pratique. Les accidents cessèrent.

En 1870, il y eut, dans mon voisinage, une épidémie de scarlatine, j'en soignais plusieurs cas, en même temps que bon nombre de femmes en couche; aucune d'elles ne tomba malade ; dans plusieurs cas les enfants atteints de l'éruption couchaient dans le même lit que leur mère.

Pendant l'épidémie de petite vérole, qui survint dans East End, à Londres, en 1871, chez les femmes en couche qui furent atteintes de

la petite vérole, l'affection ne fut modifiée en rien par l'état puerpéral.

Dr Griffiths. — Insiste sur les rapports existant entre la scarlatine et la fièvre puerpérale, et il croit que certains auteurs ont observé, après l'accouchement, des symptômes qu'ils ont rapporté à la scarlatine, mais qui, en réalité, ne sont que des signes d'une affection autogénétique ; il dit que ceux qui ont observé des cas de scarlatine avec leurs symptômes habituels chez des femmes en couche, feraient bien de noter l'état des lochies, avant le début de la scarlatine. Ceux aussi qui pensent que la scarlatine est un agent de production de la fièvre puerpérale feraient bien d'indiquer si les symptômes de scarlatine ont précédé oui ou non l'accouchement. Dans un cas qu'il a observé dans lequel tous les symptômes de la scarlatine existaient, il reconnut que ces symptômes provenaient d'un état morbide de l'utérus et d'une altération des lochies ; il attaqua l'affection en imitant l'action éliminatrice de l'involution utérine, en exprimant l'utérus mou et non contracté, en expulsant quelques caillots et en lavant l'utérus et le vagin, toutes les deux heures, jusqu'à ce que les lochies eussent perdu leur caractère de putridité ; immédiatement l'état de la malade s'améliora.

L'auteur admet, du reste, que la scarlatine et la fièvre typhoïde peuvent provenir de la même cause ; le même poison se portant tantôt vers les lymphatiques et le système glandulaire, et produisant la fièvre scarlatine, tantôt vers les intestins surtout, et produisant la fièvre typhoïde. Si l'on se rappelle d'autre part l'extrême ressemblance dans les symptômes de la scarlatine, de la fièvre puerpérale et de la fièvre typhoïde, et avec quelle facilité ces affections se transforment l'une dans l'autre, il est facile de comprendre comment l'on a pu supposer que la fièvre typhoïde était une cause de fièvre puerpérale et comment la fièvre puerpérale peut se cacher sous les symptômes de la scarlatine.

M. Spencer Wells. — Le docteur Barker a fort bien répondu à la première des questions en établissant qu'une identité de causes doit produire une identité dans les résultats, en d'autres termes que, si l'on a affaire à un poison spécifique spécial, il produira toujours le même résultat. Je ne pense pas, quant à moi, que l'inoculation de la petite vérole puisse produire un chancre, etc..... Les différences de résultats peuvent provenir en partie du terrain ; mais, comme dans le règne végétal, si vous semez un grain de froment, vous ne récolterez pas de l'avoine ou du gros blé. Si vous pensez que la fièvre puerpérale soit une maladie spécifique distincte, montrez nous quelque cause qui produise dans tous les cas, l'affection aussi sûrement que l'inoculation de la petite vérole produit la petite vérole. Le Dr Farr, en montrant les relations existant entre la fièvre puerpérale et d'au-

tres affections contagieuses, a rendu de grands services, en indiquant les moyens de prévenir cette affection; il doit encore vous donner des détails sur une épidémie récente, survenue dans le sud de Londres. Les quatre premiers cas mentionnés dans cette épidémie ont tous été soignés par le même docteur ; on ne sait pas encore exactement comment a débuté le premier cas : s'il s'agissait d'une péritonite ordinaire ou non. Ce qui est un fait certain, c'est que dans ce district on a noté dans la même semaine 9 ou 10 cas de mort par la scarlatine. Il serait fort intéressant de savoir si deux personnes qui ont été épargnées avaient eu oui ou non la scarlatine.

J'ai reçu plusieurs lettres montrant la relation qui existe entre la scarlatine et la fièvre puerpérale. L'une du docteur Jackson, de Notting-Kill, donnant des détails sur un cas survenu en septembre 1864. Le mari, âgé de trente ans, eut une scarlatine grave dont il guérit ; la femme, qui avait eu la scarlatine quelques années auparavant, était enceinte de huit mois; elle veilla et soigna son mari nuit et jour; quatorze jours après son mari, elle fut prise de frissons de fièvre, sans éruption ni maux de gorge ; le travail commença tout à coup, l'enfant naquit vivant, bien développé, mais couvert d'une éruption scarlatineuse et mourut le troisième jour. La mère eut des suites de couches faciles et les symptômes fébriles cédèrent promptement. Les lochies, la sécrétion lactée s'établirent comme de coutume. Au bout de quinze jours, elle se plaignit d'un peu de dyspepsie, qui céda rapidement. L'épiderme de ses deux mains se desquama; au bout de cinq semaines, elle était entièrement rétablie. J'ai reçu d'autres lettres établissant la relation existant entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale. Le docteur Freer, de Stourbridge, dit qu'il y a quelques années il quitta la maison pour quelques jours, laissant deux femmes sur le point d'accoucher. Son père, qui le remplaçait, tomba de cheval sur le coude droit; le lendemain, son bras était rouge et enflammé. Deux jours après, il assista aux deux accouchements, qui furent faciles, et resta à peine une demi-heure auprès de chacune des accouchées. Cinq jours après, les deux accouchées étaient mourantes et le bras du père si enflammé, que l'on fut obligé d'y pratiquer de nombreuses incisions. Il y a dix ans il accoucha la femme d'un clergyman, la garde était atteinte d'un érysipèle de la face et avait eu deux jours auparavant le canal nasal incisé dans un hôpital de Liverpool ; l'accouchée, prise de frissons trente heures après l'accouchement, mourut de fièvre puerpérale le huitième jour. La garde mourut d'érysipèle le douzième jour.

La lettre suivante, que j'ai reçue du docteur Keith, d'Edinburgh, prouve les relations existant entre l'érysipèle, la fièvre puerpérale et la septicémie. Le 19 mars, dit-il, un de mes amis qui m'assiste dans mes opérations, soigne un cas de fièvre puerpérale. La malade

meurt le 26. — Le 24, il m'assiste dans une opération d'ovariotomie, mais ne voit la malade atteinte de fièvre puerpérale qu'après l'opération. Le lendemain, l'opérée fut prise d'un état typhoïde, plus tard d'eschares au sacrum, d'abcès superficiels, et finit par guérir, après avoir présenté, pendant un mois, des symptômes de pyémie. Le 30 mai, mon aide m'assistait de nouveau dans un cas d'ovariotomie très-difficile. La malade très-bien pendant six jours, fut prise d'un frisson et d'une fièvre intense et mourut cinq jours après. Le même jour, mon assistant ouvrit un petit abcès superficiel du cou ; la malade fut prise, cinq jours après l'incision, de frissons de fièvre et mourut, six jours plus tard, d'un érysipèle de la tête. Le 6 juin, il assiste à un accouchement normal, chez une femme bien portante ; le jour après ses couches elle fut prise de frissons et mourut au bout de dix jours. Lui-même de retour à la maison, eut un frisson et un érysipèle de la face, dont il guérit. J'ai vu moi-même, dans ma pratique, des cas semblables ; ce qui m'a conduit à faire signer, à Samaritan-Hospital, aux personnes qui venaient assister à mes opérations, un papier déclarant qu'ils n'ont soigné aucun cas de maladie infectieuse et assisté à aucune autopsie depuis huit jours. Je crois cette précaution utile pour préserver les femmes dans l'état puerpéral de beaucoup des maladies infectieuses auxquelles elles sont exposées, maladies que l'on a confondues sous le nom de fièvre puerpérale, quoiqu'elles viennent de l'infection de la scarlatine, de la rougeole ou de la petite vérole.

En terminant, je pense qu'il faut engager les membres de la Société et les sages-femmes qu'ils emploient, à redoubler de précautions, à user de désinfectants ; s'ils craignent de propager ou de répandre l'infection, à abandonner pour un temps leur pratique, plutôt que de faire courir des dangers aux personnes confiées à leurs soins.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas dans lequel la syphilis fut communiquée par la vaccination, par R. W. Taylor. — Nous trouvons, dans les *Archives of Dermatology* (avril 1876), la relation d'un cas de *Syphilis vaccinale* due au Dr R. W. Taylor (de New-York). La haute valeur et la grande notoriété scientifique de ce confrère nous font un devoir de rendre compte de ce travail ; du reste, les remarques que le fait lui a inspirées, le soin tout particulier avec lequel il a été à la recherche des antécédents et des commémoratifs font de son mémoire un modèle de clarté et d'exposition.

M. Taylor fut un jour consulté par le *house physician* de son service à l'hôpital de la Charité pour une éruption suspecte que présentait un bel enfant âgé d'environ 9 mois, et que son élève croyait devoir attribuer à une syphilis vaccinale. Voici quel était l'aspect de cette éruption : Sur toute la surface du corps, magnifique roséole ; autour de l'anus deux ou trois papules excoriées, évidemment des condylomes au début ; tout autour, la peau est enflammée et sillonnée de fissures. Ganglions volumineux, durs, non douloureux. Rien à la bouche. Sur le bras droit, vers l'insertion du deltoïde, induration très prononcée, assez étendue, s'élevant au-dessus de la peau, et présentant des bords bien tranchés. Le Dr Taylor soupçonna que ce pouvait bien être l'accident primitif, et il se livra à une série de recherches sur la santé antérieure de l'enfant, qui lui prouvèrent que le père et la mère n'avaient point d'antécédents syphilitiques, que l'enfant s'était toujours bien porté avant d'être vacciné, qu'il avait toujours été nourri par sa mère, et soigné par elle, qu'on n'avait jamais employé pour lui ni biberon, ni cuiller, ni linge suspect ou ayant servi à d'autres enfants, mais que, le jour de la vaccination, on l'avait scarifié avec un instrument qui avait servi avant lui à une prostituée, et n'avait pas été nettoyé entre les deux scarifications; or, cette femme fut retrouvée, et on constata qu'elle était en puissance de syphilis.

Et maintenant, si l'on considère que la vaccine a suivi son cours normal et que ce n'est qu'après vingt jours révolus que le bouton vaccino-syphilitique s'est mis à s'accroître au lieu de guérir ; si l'on va soigneusement à la recherche des dates des jours de la vaccination, de l'apparition de l'accident primitif au bras et des accidents secondaires successifs, si l'on compare avec attention toutes ces données, comme l'a fait M. Taylor, on arrive à conclure avec lui que l'enfant, non affecté de syphilis héréditaire, a été inocolé du virus syphilitique en même temps que du virus vaccin, soit au moyen du sang, soit avec des débris épithéliaux provenant du bras de la femme scarifiée avant lui.

Le traitement a consisté en onctions mercurielles à l'extérieur et en fer et quinquina administrés par la bouche. M. Taylor réserve le traitement mixte chez les enfants pour des accidents plus invétérés, et spécialement pour les lésions osseuses. — En terminant, ajoutons ce que nous disions en commençant, c'est-à-dire que les enquêtes sérieuses auxquelles s'est livré M. Taylor sur cet enfant et ses parents semblent ne laisser aucun doute sur l'existence d'une syphilis vaccinale.

Dr Édouard Labarraque.

La menstruation et la loi de périodicité mensuelle, par J. Goodman.

Le professeur J. Goodman (de Louisville) a publié, dans le *Richmond and Louisville Medical Journal* (déc. 1875), un article très-étendu sur la *Menstruation et la loi de périodicité menstruelle*. Il nous montre d'abord qu'un flux mensuel régulier chez la femme est un fait assez intéressant pour que bien des esprits aient trouvé curieux d'en rechercher l'origine et l'explication. Depuis la plus haute antiquité, on avait indiqué des raisons plus ou moins fantastiques ; la plupart n'avaient aucun cachet scientifique. Mais, dans ces vingt dernières années, on s'était peu à peu rattaché à la théorie de l'ovulation qui veut, avec Cazeaux et autres, que la régularité de la menstruation dépende de la régularité de l'ovulation, et avec le Dr Meigs et ses disciples, que la menstruation soit une loi de nature, aussi régulière que la chute et le renouvellement des cheveux, que l'éruption de la première et de la seconde dentition.

Mais le professeur Goodman ne se trouve pas suffisamment édifié par les idées aujourd'hui généralement admises, et il leur fait une série d'observations. D'abord, il y a deux ovaires; comment se comportent-ils? Les ovules mûrissent-ils alternativement sur chaque ovaire, ou bien le même ovaire donne-t-il successivement plusieurs ovules, pendant que l'autre se repose? D'un autre côté, après l'extirpation d'un ovaire, faut-il admettre que le second supplée à l'absence du premier, en fournissant tous les ovules, pour que la loi de périodicité ne soit pas menacée ? Seconde objection : chez certaines femmes, mortes pendant la période menstruelle, on n'a pu trouver à l'autopsie de traces d'ovulation. Et, en retournant la phrase, ne voyons-nous pas des exemples d'ovulation sans menstruation chez les nourrices qui peuvent devenir enceintes sans voir revenir leurs règles ? Mais le reproche le plus fondé qu'on puisse faire à la doctrine en vogue aujourd'hui réside dans la persistance des règles chez les femmes que l'ovariotomie a privées de leurs deux ovaires. Ainsi, dans un tableau où il a réuni vingt-sept cas de cette sorte, le professeur Goodman montre que, sur la moitié des femmes opérées, rien n'a été modifié par rapport aux flux menstruels, que, sur une, il y a eu une augmentation, et sur une seule, il s'est rencontré une diminution de l'écoulement sanguin.

Ce n'est pas à dire pour cela que, tout en écartant la théorie de l'ovulation, le professeur Goodman nie toute influence de la maturation des ovules sur l'établissement des premières règles. En effet, la femme, privée de ses ovaires, soit congénitalement, soit par des opérations avant l'époque de la puberté, ne voit jamais apparaître chez elle la menstruation. Il se passe là un fait analogue à celui de

l'homme privé de ses spermatozoïdes, et qui, à l'époque de la puberté, ne voit pas se produire les modifications dues à l'état viril, telles que la voix plus forte, le développement du système pileux, etc.

Ainsi donc, dit M. Goodman, la loi de périodicité de la menstruation ne réside ni dans les ovaires, comme le voulait M. Tilt, ni dans l'utérus, puisqu'on peut enlever tous ces organes sans la modifier, ni dans le sang, comme l'ont indiqué Paracelse et de Graaf, la menstruation n'étant pas la même chez deux sœurs dont le système circulatoire communiquait au niveau des reins.

La doctrine à laquelle il s'arrête est celle de l'influence du système nerveux ganglionnaire, qui préside, selon lui, à l'âge de la puberté, à l'accroissement du bassin, au développement des seins, à l'accumulation du tissu adipeux, etc., et qui, d'accord avec la maturation des ovules, entraîne l'établissement de la première époque menstruelle.

Dr Ed. Labarraque.

De l'origine d'une épidémie de fièvre puerpérale, par le Dr William T. Lusk. — Le Dr Lusk a observé, dans les premiers mois de 1874, une épidémie de fièvre puerpérale d'une certaine intensité, qui a sévi dans le service des femmes en couche de Bellevue-Hospital, épidémie qui força à transporter le service d'accouchements de Bellevue-Hospital à Charity-Hospital. Il a semblé intéressant à ce médecin de rechercher quelles avaient pu être l'origine et les causes de l'extension de la maladie.

Des faits contenus dans son travail, le Dr Lusk tire les conclusions suivantes :

I. Les maladies puerpérales furent engendrées par les conditions de l'atmosphère seule : cela résulte des faits qui se sont montrés en septembre 1873. Alors, des troubles fébriles se développèrent parmi les malades de la salle, et disparurent après qu'on les eut fait passer dans une autre partie de l'établissement, bien que l'on n'eût fait aucun changement dans le personnel médical, les gardes et les ustensiles employés.

Ce ne fut pas là, du reste, une expérience isolée. Car il est important de signaler que le même fait s'est reproduit à plusieurs reprises. La nature du miasme est seule sujette à discussion. La fermeture de la salle pendant trois ou quatre semaines suffisait pour la rendre de nouveau salubre. L'insalubrité de l'atmosphère se produisit invariablement dans la salle des nouvelles accouchées, et généralement la virulence se manifesta pendant les mois d'hiver, dès que la

ventilation devenait imparfaite. A certains moments, lorsque la fièvre puerpérale sévissait avec une grande intensité, le dépôt de membranes diphthéritiques, caractérisées par des myriades de micrococcus sur toutes les lésions des organes génitaux, semblait indiquer une origine parasitique.

II. Contrairement à ce qui vient d'être dit précédemment, il est une forme de fièvre puerpérale possédant des propriétés éminemment contagieuses, qui ne paraissait pas être due tout d'abord à un miasme, mais capable, au bout d'un certain temps, de déterminer l'infection de l'atmosphère. A l'appui de cette proposition, nous devons noter ce fait, que, à un certain moment, alors que l'état sanitaire de la salle était bon, une femme fut soudainement atteinte de fièvre s'accompagnant de symptômes graves. La patiente mourut en peu de jours, et l'autopsie ne révéla aucune lésion. A dater de cette époque, la fièvre puerpérale continua à sévir dans le service d'accouchements. Malgré l'éloignement des patientes de la salle où la maladie s'était développée, le changement du personnel médical, les précautions les plus minutieuses dans l'emploi des ustensiles et les soins vigilants des gardes, la maladie continua ses ravages.

Après que l'épidémie eut persisté pendant une saison, elle fut caractérisée par la formation de membranes diphthéritiques ordinairement développées sur les organes génitaux externes. Des cautérisations, pratiquées de bonne heure sur les parties affectées, parvenaient à arrêter d'une façon surprenante les symptômes qui semblaient devoir déterminer un résultat inévitablement fatal. Cependant le développement de symptômes précédant le travail de l'accouchement montre que le poison trouve, pour s'introduire dans l'économie, d'autres voies d'entrée que celles qui résultent du travail de l'accouchement. Tout d'abord, les conditions miasmatiques ne furent pas suffisantes pour produire un résultat fatal. Consécutivement, cependant, elles arrivaient à une période où elles produisaient rapidement la mort. La cautérisation des lésions locales n'avait plus alors aucun avantage marqné.

Ce qu'il est important de noter, c'est que : trois mois plus tard, les salles d'accouchements furent occupées par le service chirurgical du Dr Jos. R. Wood, et que, malgré les opérations qui furent pratiquées, il ne survint aucun cas de septicémie ou de pyémie dans cette section de l'hôpital qui avait été ainsi infectée. (*American Journal of obstetrics an diseases of Women and Children*, 1875, p. 369.)

De l'inutilité de la section du frein de la langue chez les nouveau-nés, par le Dr Bailly. — M. Bailly pense que la section du filet est

complètement inutile et peut même devenir dangereuse dans le cas où l'on sectionne la partie profonde qui contient des vaisseaux importants. Le frein n'aurait aucune action nuisible sur la succion et sur l'articulation des mots.

Relativement à la succion, M. Bailly appuie son opinion sur ce fait, que, bien souvent, un filet très-prononcé n'est reconnu qu'au bout de quelques jours, pendant lesquels l'enfant n'a cessé de téter très-régulièrement. Quelquefois, même, ce n'est qu'au bout de quelques mois que le hasard fait découvrir cette disposition chez des enfants bien venants, preuve qu'au point de vue de l'allaitement elle n'avait point d'inconvénients. Il n'est guère supposable, d'ailleurs, étant donnée son extrême fréquence, que le filet n'échappe pas chez beaucoup d'enfants des campagnes, où la doctrine qui le concerne n'a pas pénétré et où, fût-elle connue, ne se trouverait, probablement, aucune personne capable de pratiquer l'opération, ce qui n'empêche pas ces enfants de se nourrir et de se développer comme les autres.

Le reproche n'est pas mieux fondé en ce qui concerne l'articulation des mots. Quoique ayant à cet égard des renseignements moins complets, M. Bailly cite le cas d'une femme de 26 ans qui n'a aucun vice de prononciation et dont la langue ne peut dépasser l'arcade dentaire. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 juillet 1876.)

Dr Lutaud.

De l'emploi de la quinine dans la parturition, par le Dr Easley.— L'auteur après avoir étudié l'influence de la quinine dans la parturition, arrive aux conclusions suivantes :

I. La quinine, à doses médicinales, n'est pas capable de déterminer les contractions des fibres utérines, elle peut être administrée à toutes les époques de la grossesse, sans la moindre crainte et sans qu'il en puisse résulter aucun inconvénient.

II. Elle stimule les contractions de l'utérus, mais lorsqu'elles ont déjà commencé à se produire, et qu'elles deviennent inefficaces. Administrée dans ce but, elle doit être préférée à l'ergot et peut être donnée à toutes les périodes du travail.

III. Dans l'épuisement qui suit le travail, longtemps prolongé, et dans le traitement des fièvres qui surviennent à la suite de l'accouchement, elle peut être très-utile. (*Virginia medical Monthly*, juillet 1876, p. 237.)

VARIÉTÉS.

Crayons médicamenteux. — Nous avons montré précédemment (1) que l'on obtenait avec la glycérine seule, en très-petite quantité, des crayons de tannin réunissant toutes les conditions voulues comme consistance, souplesse et solubilité.

La longueur de 12 centimètres que nous leur avons donnée permet de les introduire dans le canal de l'urèthre chez l'homme et de les employer comme *injections sèches*; on peut ainsi porter, dans toute l'étendue du canal, le médicament, et comme il reste plus longtemps en contact avec la muqueuse que les injections ordinaires, il agit plus énergiquement.

La préparation des crayons de tannin nous a fait rechercher une formule générale capable de s'appliquer aux crayons médicamenteux quelconques, et de permettre d'introduire un médicament quel qu'il fût: sel, poudre ou extrait dans le col utérin.

Le problème à résoudre était moins simple que pour la préparation des crayons de tannin; car si la glycérine seule suffit avec ce corps en formant avec lui un véritable mucilage, il faut pour une autre substance recourir à un autre excipient.

M. Raynal, pour préparer ses bougies que chacun connaît, se sert d'un mélange de gélatine et de gomme. Ces bougies sont très-résistantes et seraient excellentes si elles ne réclamaient pas plusieurs heures pour se dissoudre.

C'est là, à notre avis, un inconvénient grave que nous avons cherché à éviter, car nous sommes persuadé que plus un crayon se dissout, ou se désagrége vite, moins il est susceptible de produire d'inflammation.

Nous pensons donc avoir apporté un perfectionnement au procédé de M. Raynal en obtenant des crayons qui se désagrégent ou se dissolvent *en quelques minutes*, alors que les bougies de M. Raynal exigent *plusieurs heures*.

Ce résultat est obtenu en associant la glycérine à la gélatine et en supprimant la gomme qu'emploie M. Raynal. La gomme est inutile avec la gélatine et présente en outre l'inconvénient de rendre extrêmement dures et presque insolubles, les poudres médicamenteuses auxquelles elle sert de liant.

La gélatine permet de former une masse plastique avec une sub-

(1) Voir *Ann. de Gyn.*, mai 1876.

stance quelconque, mais c'est à la glycérine que nos crayons médicamenteux doivent d'être souples, et d'une solubilité aussi rapide.

Voici la formule générale que nous employons :

Substance médicamenteuse (1) } Gélatine........................ }	ãã 5 gr. (2).
Glycérine........................	10 gouttes.

Pour 10 crayons d'une longueur de 12 centimètres et de 3 millimètres de diamètre.

Voici maintenant la manière exacte dont il faut procéder pour la confection de ces crayons : on doit commencer par compter *exactement* les gouttes de glycérine qu'on laissera tomber sur la gélatine préalablement pulvérisée et contenue dans une capsule de porcelaine placée sur un bain de sable. On ajoute alors une dizaine de gouttes d'eau et l'on remue avec une baguette de verre jusqu'à ce que la gélatine forme une pâte molle et homogène. On ajoute à ce moment la substance médicamenteuse prescrite que l'on mélange exactement, et de nouveau quelques gouttes d'eau s'il est nécessaire. La pâte mise à refroidir au bout de la baguette, comme essai, ne doit pas adhérer aux doigts. On retire alors de la capsule la quantité de pâte nécessaire pour obtenir un crayon ; celle-ci est roulée rapidement sur un pilulier, comme on le fait pour une masse de pilules ordinaires. On a eu soin de déposer sur le pilulier un peu de sucre de lait pulvérisé pour empêcher l'adhérence au bois. Le sucre de lait est choisi de préférence à la poudre de Réglisse ou de Lycopode, en raison de sa solubilité. Puis on opère ainsi successivement pour chaque crayon.

Toutes les poudres médicamenteuses se prêtent à cette formule. Le tannin seul doit être excepté (et peut-être le nitrate d'argent sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, car il forme, comme l'on sait, une combinaison avec la gélatine) (3).

E. Godin, pharmacien.

---

(1) Iodoforme, sous-nitrate de bismuth, sulfate de zinc, etc.

(2) La quantité prescrite habituellement doit être de 50 centig. environ par crayon, cependant cette quantité peut être moindre, suivant les besoins. Dans ce cas, il suffira de combler la différence au moyen du sucre de lait pulvérisé.

(3) Les crayons préparés suivant cette formule, jouissent de l'incomparable avantage d'être flexibles, tout en étant assez résistants pour pouvoir être saisis sans s'écraser, entre les mors des pinces à pansement utérin. La flexibilité de ces crayons leur permet d'être introduits facilement dans la cavité utérine dont ils suivent la courbure et ne sont pas expulsés comme le sont les crayons rigides.

(Note de la Rédaction.)



Tumeurs kystiques sous-péritonéales. — Le Dr KUACKENBUSH, d'Albany, *The medical Record*, février 1875, rapporte l'histoire de deux singuliers cas, qu'il désigne sous le nom de tumeurs kystiques sous-péritonéales.

Dans le premier cas, une tumeur, placée derrière le col utérin d'une femme en travail, se trouva poussée en bas au devant de la tête de l'enfant. Lorsqu'il la ponctionna, il s'écoula une quantité considérable de sérum et le travail put alors s'achever normalement. Dans le second cas, une jeune femme, arrivée dans ce pays peu de temps avant que le médecin la vit, présenta des phénomènes indiquant manifestement qu'elle était enceinte. Un examen attentif démontra que cette supposition était vaine et qu'il n'y avait pas non plus de tumeur des ovaires. La malade mourut, et l'on trouva, entre les parois abdominales et le péritoine, une tumeur kystique contenant une grande quantité de liquide clair; l'utérus et ses annexes ne présentaient aucune altération.

Injection sous-cutanée antihémorrhagique. — Nous trouvons dans l'*Union médicale* du 4 juillet la formule suivante qu'emploie M. TERRIER, et que nous croyons utile de reproduire :

Ergotine.	2	grammes.
Glycérine	15	—
Eau distillée.	15	—

Faites dissoudre. — On en injecte 20 gouttes dans le tissu sous-cutané de l'hypogastre, à l'aide d'une seringue de Pravaz, pour arrêter les hémorrhagies dues aux corps fibreux de l'utérus. On pratique ces injections tous les jours, jusqu'à ce que les pertes aient cessé, puis on n'y a plus recours qu'à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle. — Régime tonique ; viande crue; repos dans la position horizontale.

De l'emploi de l'acide salicylique dans la pratique obstétricale. — Le Dr Fehling (Arch. F. Gynækol.) saupoudre d'un mélange composé d'une partie d'acide salicylique et de cinq parties d'amidon, toutes les solutions de continuité qui peuvent résulter de l'accouchement du côté des organes génitaux externes, et prétend que les plaies sont plus propres et se cicatrisent plus rapidement qu'avec aucune autre méthode de traitement. Aussitôt que la fièvre ou qu'un écoulement



fétide surviennent, il fait des injections vaginales de cet acide (1,600 pour 1000). Cet acide pénètre dans l'économie, car on en trouve des traces dans l'urine. (*New remedies*, 15 mai 1876.)

Polype de l'utérus; ligature élastique. — La *Gazette médicale*, de Paris, rapporte d'après les *Annali universali di medicina*, mai 1875, que le professeur Scarenzio s'est servi avec succès de la ligature élastique pour enlever un polype de l'utérus. La malade était âgée de 46 ans; des hémorrhagies abondantes et répétées l'avaient réduite à un état de faiblesse extrême. Le polype fut enveloppé à sa base à l'aide d'une canule, d'un double fil élastique très-fin. Le septième jour, la tumeur devenue libre fut retirée du vagin.

Cinq enfants en une seule couche. — Le *Melbourne medical Record* rapporte que la femme d'un indigène mit au monde cinq enfants en une seule couche : trois garçons et deux filles.

Nous apprenons que M. Marion Sims, l'habile chirurgien américain, est en ce moment à Paris, et qu'il se propose de pratiquer, dans les hôpitaux, quelques-unes des opérations dont il a enrichi la chirurgie contemporaine.

Nous sommes heureux d'annoncer que nous publierons prochainement un travail de M. Courty ayant pour titre :
Importance de l'ignipuncture dans le traitement de la métrite chronique.

La lettre de M. Bozeman, que nous avons publiée dans notre précédent numéro, est empruntée à la *France médicale*, nos des 21 et 24 juin 1876.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Ictère et colique hépatique en rapport avec une rétention des règles par atrésie du canal cervical, par CHÉRON (*Gaz. des hôp.*, 1876, p. 287).

Note sur un cas de grossesse extra-utérine, par CHABÉRT (*Lyon méd.*, 23 avril 1876).

Dysménorrhée membraneuse, par DE SINÉTY (*Société de biologie*, in *Progrès méd.*, 6 mai 1876).

Éclampsie à six mois et demi de grossesse; traitement par la saignée et le bromure de potassium; pas d'accouchement; guérison; accouchement à sept mois et demi d'un enfant mort, par POURTEYRON (*Gaz. méd. de Bordeaux*, 5 mai 1876).

Cancer du vagin et de la vulve chez une jeune fille, par MESLIER (de Barbezieux) (*Union méd.*, 13 mai 1876).

Deux faits de prompte rétraction spontanée de la matrice après l'accouchement et des délais dans lesquels on doit opérer la délivrance, par BAILLY (*France méd.*, 26 avril 1876).

Quelques notes sur l'enseignement des accouchements à Vienne (*Progrès méd.*, 15 juillet 1876).

Cas de monstre à deux têtes, par ROBINSON (*British med. Journ.*, 8 juillet 1876, p. 44).

Quelques faits de masturbation chez les enfants en bas âge (*Revue scientifique* et *Journal des sages-femmes*, 1876, p. 77).

Note sur un cas d'utérus bicorne, par DREYFOUS (*Société anat.* voir *Progrès méd.*, 20 mai 1876).

De l'abus de la médication iodique chez les enfants, par LEGENDRE (*Gazette obstét.* 1876, p. 152).

Des altérations de la sécrétion lactée par causes morales, par VERRIER (*Gaz. obst.*, nos 8, 9, 10, 1876).

Hémorrhagies pendant la grossesse, expulsion, au sixième mois, d'un fœtus qui vécut une heure, noyaux hémorrhagiques dans le placenta, par LÉGER (*Gaz. obst.*, 1876, p. 145).

De la thermométrie utérine comme moyen de diagnostic, par COHNSTEIN (*Arch. für path. Anatom. und Physiol.— Analyse* in *Sud medical*, 1876, p. 173).

Ascite chez un fœtus de 7 mois, accouchement difficile, par PORACK (*Société anat.* Voir *Progrès méd.*, 27 mai 1876).

Kyste de l'ovaire, traitement au moyen de l'électrolyse, par FIEBER (*Scalpel*, 1876, p. 322).

Avortement au quatrième mois de la grossesse, kystes hydatiques du foie, par PORACK (*Société anatomique.* — Voir *Progrès méd.*, 3 juin 1876).

Chute de l'utérus, par Alph. GUÉRIN (*Gaz. des hôp.*, 1876, p. 41).

Imperfection des organes génitaux internes, par BIDE (*France méd.*, 22 avril 1876).

Conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne lorsque la rétraction utérine empêche l'expulsion du fœtus, par LIZÉ (*Gaz. obst.*, 1876, p. 97).

Examen des kystes de l'ovaire, par MALASSEZ et DE SINETY (*Société de biologie*, in *Progrès méd.*, 29 avril 1876).

Antéflexion de l'utérus, par FÉRÉ (*Société anatomique*, in *Progrès méd.*, 22 avril 1876).

Note sur un cas d'éclampsie traitée par le chloral et suivie de mort, par VERDALLE (*Gaz. méd. de Bordeaux*, 20 avril 1876).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Klinik der Geburtshülflichen operationen, par le Dr HEINRICH FRITSCH, privat docent à l'Université de Halle, 1876.

On masturbation and hysteria in Young Children, by Dr JACOBI, professeur de clinique des maladies des enfants. William Wood et Ce, éditeurs. New-York, 1876.

Two Cases of Elephantiasis arabum, by Edward W. JENKS DETROIT, 1876.

Ueber Gefässgeräusche bei unterleibsgeschwülsten speciell bei einem Leberkrebs, par le Dr GERHARD LEOPOLD, privatdocent à l'Université de Leipzig.

Zur Lehre von der eingekeilten fibroiden der Gebärmutter, par le Dr GERHARD LEOPOLD.

AVIS.

Un de nos confrères nous demande d'annoncer qu'il serait très-désireux de se procurer les ouvrages suivants :

DOUBLET. — *Mémoire sur les maladies vénériennes chez les enfants.* Paris, 1797.

BERTIN. — *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants.* Paris, 1810.

Offres avantageuses.

S'adresser pour traiter à M. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DOUBLE CONTAMINATION CHANCREUSE DU COL UTÉRIN.

(*Chancres simples d'abord, puis chancres syphilitiques*).

Par le Dr Alfred Fournier,
Médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Jne femme entre à Lourcine, en juillet 1871, affectée de trois *ncres simples* du *col utérin* et d'autres chancres simples des ;ions génitales. Elle sort de l'hôpital absolument guérie. En llet 1872, elle revient à Lourcine avec diverses manifesta- ıs d'une syphilis récente, et, comme origine de ces acci- ıts, nous trouvons deux chancres situés cette fois encore sur *:ol utérin*, mais deux chancres de nature différente, c'est-à- e de nature *syphilitique*.

Je fait curieux d'une double contamination chancreuse se oduisant sur un organe qui n'est relativement affecté par le

chancre que d'une façon rare, m'a paru digne d'être conservé. Le voici, tel que je le trouve consigné dans mes notes.

Observation. — P. J..., âgée de 20 ans, se disant couturière, mais vivant en réalité de prostitution, entre à l'hôpital de Lourcine le 25 juillet 1871.

Constitution moyenne ; bonne santé habituelle, à part de fréquents maux de tête et quelques crises passagères de battements de cœur; bien réglée depuis l'âge de seize ans; accouchement normal il y a neuf mois sans accidents; leucorrhée abondante à la suite des règles.

Pas de renseignements précis sur le début des accidents actuels ; aucun traitement jusqu'à ce jour.

Etat actuel, 26 juillet. A la fourchette, ulcération assez creuse de la largeur de l'ongle, à bords saillants, à fond jaunâtre, se présentant avec l'aspect typique du chancre simple ; — sur la marge de l'anus plusieurs petites ulcérations cratériformes qui sont de toute évidence des chancres simples naissants, produits par voie d'inoculation de voisinage. Vagin sain. Sur le col utérin, trois lésions nettement délimitées et disposées de la façon suivante : deux occupent la lèvre supérieure, à quelques millimètres au-dessus de l'orifice du col et sont presque contiguës par leurs bords opposés; l'une et l'autre, ovalaires de forme, sont comparables à un petit haricot comme étendue. La troisième, située sur la lèvre inférieure à 2 ou 3 millimètres au-dessous de l'orifice, est plus considérable et mesure environ 1 centimètre verticalement sur 2 centimètres de largeur. Ces trois lésions présentent un aspect identique ; elles tranchent fortement sur la coloration du col par leur teinte jaune chamois ; elles sont entourées à leur circonférence d'un liséré purpurin ; elles sont plates, sans relief comme sans méplat par rapport aux parties voisines et paraissent recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux. Il est impossible toutefois, soit avec un pinceau de charpie, soit avec une spatule, de détacher cet enduit qui n'est pas seulement adhérent, mais semble constituer le fond même de la lésion. Col du reste absolument sain, non augmenté de volume, indolent ; orifice indemne, sans érosion, sans rougeur.

Absence d'adénopathie dans la région inguinale. — Rien à la peau, rien sur les muqueuses de la bouche et de la gorge ; aucun signe de syphilis.

Le diagnostic des lésions sus-décrites nous paraît assez facile et assez formel pour que nous jugions inopportun de le confirmer par une inoculation. Ces lésions sont évidemment des *chancres simples*.

Traitement institué en conséquence : bains ; pansements des chancres extérieurs avec une solution de nitrate d'argent (1 gramme de ce dernier sel pour 30 gr. d'eau distillée) ; injections vaginales. *A dessein nous n'appliquons aucun topique sur la lésion du col.*

Les jours suivants, les chancres extérieurs commencent à entrer en réparation.

État stationnaire pour le chancre du col.

5 août. Comme nous nous y attendions et suivant l'évolution habituelle de cet ordre de lésions, les chancres du col se sont modifiés *spontanément*. Ils ont perdu presque complètement leur aspect pseudomembraneux et se présentent sous forme d'érosions rosées, bourgeonnantes, tendant à devenir *papuleuses*. Quelques îlots seulement de leur surface conservent encore une teinte jaune chamois.

Dans la quinzaine suivante, les chancres extérieurs se cicatrisent. Les lésions du col achèvent d'abord de se déterger, puis se tranforment en des érosions rougeâtres, absolument semblables d'aspect à des plaies simples, purement inflammatoires; elles se réduisent rapidement d'étendue et se cicatrisent; une légère rougeur leur succède et disparaît en quelques jours.

La malade, bien que délivrée de toute lésion contagieuse, reste en observation à l'hôpital jusqu'au 10 octobre. Aucun symptôme de syphilis ne se produit sur elle. — Exeat en parfait état.

Revue quelques mois plus tard pour des végétations vulvaires; nul accident de syphilis.

Le 2 juillet 1872, la même femme rentre à Lourcine affectée de divers accidents qui se rapportent évidemment à une syphilis secondaire de fraîche date, à savoir : roséole naissante, encore très-discrète (petites taches éparses sur le thorax et l'abdomen); quelques taches rosées à la paume des mains; douleurs de tête; pâleur, perte d'appétit, etc. A la vulve, série d'érosions tout à fait superficielles, non papuleuses, rouges, arrondies de forme (syphilides érosives); pas d'adénopathie inguinale.

Nous cherchons le chancre ou la trace du chancre qui a servi d'origine à cette syphilis, et nos recherches sont vaines. Nous appliquons le spéculum, et nous découvrons alors sur le col les lésions suivantes : deux surfaces érosives nettement délimitées, l'une sur la lèvre supérieure, l'autre sur l'inférieure; ces érosions se rejoignent en s'enfonçant dans la cavité du col; celle qui occupe la lèvre supérieure a la forme et la dimension de deux grosses lentilles réunies et confondues en un point de leur circonférence; celle de la lèvre inférieure, beaucoup plus étendue, est irrégulière de forme; elle mesure 2 centimètres environ dans le sens antéro-postérieur, sur 12 à 15 millimètres transversalement. Toutes deux offrent une coloration d'un rouge brun (ton de *chair musculaire*), et saignent légèrement quand on les essuie avec le pinceau. L'inférieure est fortement papuleuse ou plutôt exhaussée par un *soulèvement de la surface du col*. Nous touchons le col à ce niveau et nous y sentons une *dureté* très-mani-

feste. Ajoutons que le col est gros, évidemment augmenté de volume. La malade accuse quelques douleurs dans le bas-ventre depuis deux à trois semaines.

Sans hésitation nous considérons ces deux lésions utérines comme les accidents *primitifs* de la syphilis actuelle.

Traitement. — Une pilule de proto-iodure d'hydrargyre de 5 centigrammes ; sirop d'iodure de fer; lotions sur la vulve avec liqueur de Labarraque coupée d'eau, et pansements avec oxyde de zinc recouvert d'ouate; bains; injections ; *nul pansement n'est appliqué sur le col.*

10 juillet. *Statu quo* pour la syphilide cutanée ; syphilides vulvaires disparues. Périostose secondaire au niveau de la bosse frontale gauche. Douleur circonscrite au niveau des fausses côtes droites, assez vive pour gêner la respiration ; une des fausses côtes est très-douloureuse à la pression en un point limité (périostose costale).

L'érosion supérieure du col est en voie de réparation ; elle est moins rouge, plus rosée de ton et déjà réduite d'étendue. Il en est de même pour toute la partie supérieure de l'érosion inférieure partiellement cicatrisée. La portion sous-jacente, en revanche, conserve son caractère. Exhaussée sur un noyau d'induration du col, elle figure un mamelon de l'étendue d'un haricot, de couleur rouge brun, de ton chair musculaire ; elle est circonscrite dans ses deux tiers inférieurs par une sorte de collerette blanche, d'un demi-millimètre de largeur.

Les lésions du col sont moulées et reproduites en cire par M. Jumelin (pièce n° 58 du musée de Lourcine).

Dans la quinzaine qui suit, les lésions du col achèvent de se réparer et se cicatrisent.

Le 29. Quelques petites érosions secondaires à l'entrée du vagin.

7 août. Bien que présentant encore des restes de psoriasis palmaire, la malade quitte volontairement l'hôpital. — Non revue depuis lors.

Dans les deux contaminations successives que subit cette malade, la nature des lésions utérines put être déterminée d'une façon précise, grâce à leurs caractères cliniques non équivoques. Quelques mots suffiront à légitimer le diagnostic (d'ailleurs assez facile) qui fut porté sur les lésions.

Les premiers accidents étaient manifestement des chancres simples, comme cela résulte des considérations suivantes : 1° coïncidence avec les lésions utérines de chancres simples, vulvaires et péri-vulvaires ; — 2° caractères cliniques de ces lésions utérines, nettement limitées, multiples, excentriques par rapport à l'orifice du col, développées sur un col sain, arrondies ou

ovalaires, pseudo-membraneuses, offrant une teinte jaune chamois, devenant rapidement papuleuses, se réparant et se cicatrisant d'une façon spontanée, etc.; — 3° absence, à la suite de ces accidents, de toute manifestation syphilitique.

De même, les lésions utérines de la seconde contamination ne pouvaient être considérées que comme des chancres syphilitiques, et cela : 1° en raison de leurs caractères propres (lésions limitées, excentriques par rapport à l'orifice ou plutôt s'irradiant de l'orifice d'une façon irrégulière, offrant une teinte d'un rouge foncé, dite *chair musculaire*, bombées, reposant sur une base dure, etc.); — 2° en raison de leur évolution rapide et de leur tendance spontanée à la réparation cicatricielle; — 3° en raison aussi des manifestations secondaires contemporaines, attestant une syphilis récente, jeune, dont l'accident primitif ne se trouvait nulle part ailleurs que sur le col.

Donc, dans les deux cas, le diagnostic était formel; et, sans aucune contestation possible, je crois, notre malade a été affectée en moins d'une année de *deux contaminations chancreuses d'ordre différent*, affectant l'une et l'autre le *col utérin*.

Or, tout l'intérêt de l'observation qui précède réside en ce dernier fait. Car, s'il est peu fréquent que le col utérin soit affecté de telle ou telle espèce de lésions chancreuses, il est pour le moins assez étonnant que, sur une même femme, il soit devenu, et cela dans l'espace d'une année, le siége de l'une et l'autre espèce du chancre, chancre simple et chancre syphilitique.

Cela même, ajouterai-je, est d'autant plus surprenant dans le fait actuel qu'il n'existait chez notre malade aucune affection utérine qui pût favoriser la contagion. Cette femme était jeune; elle n'avait jamais été atteinte de « maladie de matrice »; elle ne présentait à l'orifice du col aucune trace de ces ulcérations, de ces érosions, de ces granulations, qui sont si communes chez nombre de malades. Donc, nulle porte d'entrée ouverte à un virus contagieux, nulle raison locale pour rendre compte d'une double contamination successive au même siége. Et, en somme, rien autre à invoquer, pour expliquer cette double apparition de lésions chancreuses sur le col, que le *hasard de la contagion*,

hasard d'ailleurs favorisé par les habitudes plus que volages de la malade.

Si j'avais à étudier ici les caractères du chancre utérin, il m'incomberait d'insister sur plusieurs des particularités cliniques contenues dans l'observation qu'on vient de lire. Mais tel n'est pas le but que je poursuis actuellement. Je me bornerai donc simplement à appeler l'attention sur le seul point que voici : Les lésions chancreuses utérines présentées par notre malade, celles de nature simple comme celles de nature syphilitique, ont guéri d'une façon absolument *spontanée*, sans aucune cautérisation, sans le secours d'aucun topique, sans le moindre pansement. Ce n'est pas là un fait surprenant, comme on pourrait le croire ; c'est là tout au contraire un fait usuel, habituel, normal dirai-je. D'après un très-grand nombre d'observations (que je compte bientôt livrer à la publicité), les lésions chancreuses du col utérin, chancres simples ou chancres syphilitiques, ont pour attributs presque constants une très-remarquable bénignité et une tendance naturelle à la cicatrisation. Abandonnées à leur évolution propre, ces lésions se modifient spontanément, se transforment spontanément en plaies simples d'aspect, *innocentes* d'apparence, lesquelles à leur tour se réparent et se cicatrisent avec une rapidité variable, quelquefois très-hâtivement. Pas n'est besoin pour aboutir à ce résultat d'une intervention thérapeutique (ce qui n'est pas dire cependant qu'on ne puisse activer le travail cicatriciel par quelques soins appropriés). C'est qu'en effet, comme je l'ai déjà bien des fois répété dans mes Cours (voy. *Leçons sur la syphilis chez la femme*, p. 170 et suiv.), la tendance naturelle du chancre utérin est de se modifier et de se cicatriser *sponte suâ*. Double particularité qui ressort, entre autres exemples, de l'observation qu'on vient de lire, et qui explique comment les lésions primitives du col utérin ont de si nombreuses chances soit pour passer inaperçues, soit même pour être méconnues comme nature, alors qu'elles se présentent tardivement à l'examen. Double particularité qui constitue à coup sûr pour ces lésions une partie des plus intéressantes de leur histoire pathologique.

DE LA

RÉTENTION DU PLACENTA

APRÈS L'AVORTEMENT.

Par le Dr A. Cordes (de Genève).

Lorsque l'expulsion du placenta ne suit pas immédiatement celle du fœtus, venu avant terme, la femme est exposée à deux grands dangers : l'hémorrhagie et l'infection putride, amenée par la putréfaction du délivre. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que, tant qu'il restera dans l'utérus un débris placentaire, la femme sera sous l'imminence d'une perte sanguine, et plus ou moins menacée d'infection putride. Cependant, si tous les accoucheurs s'entendent sur l'existence de ces dangers, leur pratique est loin d'être la même leur traitement est totalement différent. Ainsi, sans faire un historique complet de la question, je citerai seulement ;

Mauriceau, qui préfère l'extraction manuelle à l'administration des remèdes internes, et qui fait quelquefois des injections intra-utérines.

Viardel, qui paraît se contenter des cordiaux et des injections.

Mme *Leboursier-Ducoudray* qui, après l'essai infructueux d'un moyen qu'elle qualifie d'*immanquable*, c'est un bain de jambes très-chaud, et des frictions faites de haut en bas sur les jambes, se rejette sur l'expectation. Son moyen « immanquable » me paraît être de l'expectation déguisée.

Mme *Lachapelle*, qui est carrément expectante.

Capuron, qui nous dit « dans aucun cas, le salut des femmes n'est désespéré parce que le délivre est retenu » et qui cite à l'appui de son opinion des cas de placenta rendus complètement desséchés.

Il faut arriver à Moreau, qui explique l'extraordinaire succès qu'il obtient en disant : « j'ai su attendre » et à notre maître le professeur Pajot, pour trouver l'expectation élevée à la hauteur d'une méthode magistrale. Je suis certain de n'être contredit par aucun accoucheur, si je dis que la conduite la plus difficile à tenir, en présence d'assistants qui nous harcèlent, en face de la parturiente qui demande à être promptement délivrée, c'est de « savoir ne rièn faire. » Je ne veux pas dire ne savoir que faire, ni comment faire, comme Mme Lebourşier-Ducoudray, qui conseille l'expectation en désespoir de cause ; mais rester sciemment, délibérement, volontairement inactif, parce qu'on sait qu'une intervention actuelle serait prématurée et dangereuse, rester attentif et calme, prêt à faire ce que les symptômes indiqueront, et aussitôt qu'ils l'exigeront. « *Natura non nisi parendo vincitur.* »

C'est cette inaction magistrale qu'il nous faut apprendre à pratiquer et à imposer à notre entourage, dans nombre de cas de rétention du placenta, et qui est si malaisée pour les jeunes médecins. Nous aurons à lutter contre des idées toutes faites, contre la crainte qu'ont les gens du monde, qui ne comprennent pas que tous les cas ne sont pas semblables, des suites de la rétention placentaire.

S'il me fallait résumer le résultat de mon expérience et de mes lectures, je dirais volontiers : je crois qu'il a été fait plus de mal par une intervention intempestive, violente ou maladroite, que par une expectation trop prolongée.

Je vais donc examiner quelques cas de rétention placentaire et tâcher de déterminer quelles sont les circonstances et les symptômes qui doivent nous engager à attendre, au contraire à intervenir, et de quelle façon nous devons agir. La tâche est difficile, puisque les maîtres ne sont pas d'accord.

OBSERVATION I (personnelle). — Le 6 avril, je fus appelé, au milieu de la nuit, pour Mme A..., aux Eaux-Vives, qui est, me dit-on, baignée dans son sang. Je trouve, en effet, une femme de 43 ans, très-pâle et très-effrayée qui perd beaucoup de sang depuis cette après-midi.

Elle me dit qu'elle a eu ses règles, pour la dernière fois, à la fin de janvier. Elle ne s'est pas occupée de cette suspension, croyant que ses règles l'avaient quittée. Il y a cinq semaines, elle commença à perdre du sang, en assez grande abondance ; mais n'y attacha pas une grande importance, pensant que c'était un effet de l'âge. Elle n'a commencé à s'inquiéter que cette après-midi en voyant qu'elle perdait énormément.

Vagin rempli de caillots que j'extrais immédiatement ; col ouvert, pouvant admettre deux doigts, utérus remontant jusqu'à l'ombilic, assez ferme ; rien ne fait saillie dans le col.

Sur ma demande si la malade n'a perdu aucun corps solide, elle me présenta un petit fœtus de 18 centimètres environ de longueur, qui paraît avoir subi quelques violences. Pas de cordon ombilical. Je ne trouve dans les caillots que des fragments de membranes, mais pas de placenta. Pour aller le chercher, il aurait fallu dilater le col et introduire la main dans un utérus que je soupçonnais avoir déjà subi un traumatisme. J'écartai l'idée d'un tamponnement qui aurait transformé la perte extérieure en une hémorrhagie interne, vu le volume de l'utérus. Potion d'ergotine.

Le 7. La nuit a été calme ; utérus dur, pas de perte, suintement sanguin sans odeur.

Le 10. La malade a rendu quelques caillots, dans lesquels je trouve des débris de membranes. L'utérus n'étant pas douloureux et se rétractant bien, la perte étant peu considérable et sans odeur, la malade n'ayant pas de fièvre, je pense que le délivre est sorti avec des caillots, avant que j'aie vu la malade, et je fais répéter la potion ergotisée à prendre à de plus longs intervalles que précédemment.

Le 16. L'utérus étant ferme et l'orifice n'ayant que le diamètre d'une plume d'oie, je permets à Mme A... de se lever.

Le 16 juin. Mme A... vient à ma consultation, se plaignant d'un suintement sanguin continuel sans douleur et sans odeur.

Col un peu plus ouvert qu'il y a un mois ; l'hystéromètre pénètre aisément jusqu'à 5 centimètres ; à cette profondeur, il est arrêté par une résistance élastique que je ne force pas ; en tournant le manche de l'instrument vers la droite, la sonde pénètre jusqu'à 8 centim. Cet examen, pas plus que le palper, n'est douloureux. Le doigt ressort couvert d'un sang de couleur foncée, sans odeur. Je renvoie la malade chez elle en lui recommandant de se reposer et lui ordonne de l'ergotine en pilules.

Diagnostic douteux : fibroïde, polype ou placenta ? je ne saurais dire.

Le 23. La malade a continué de perdre un peu de sang, jusqu'à cette après-midi : elle a été prise d'une petite hémorrhagie. Fond utérin un peu au-dessus du pubis. Ergotine.

Le 26. Quelques douleurs, expulsion de quelques caillots. Col ou-

vert, pouvant admettre un doigt, mais rien ne s'y présente. Quinine 2 grammes en potion, à prendre dans la journée.

Le 28. Hier, après des douleurs « aussi fortes que celles d'un accouchement, » la malade a perdu un corps gros comme un petit œuf de poule, ovoïde et *tassé* sans doute par les contractions utérines. Ce placenta, parfaitement frais, n'a aucune odeur. Le Dr Reverdin, qui a eu l'obligeance d'en examiner un morceau, l'a trouvé parfaitement « vivant. »

Le 3 juillet. La malade vient à ma consultation; elle a perdu quelques gouttes de sang qui ont à peine taché son linge — elle l'a gardé pour me le montrer. — Utérus un peu bas, mais pas en prolapsus. L'orifice externe du col admettrait une plume à écrire; l'orifice interne laisse passer aisément la sonde utérine qui pénètre jusqu'à 6 cent. et demi et dans la direction normale; elle est mobile dans l'organe, ce qui indique encore un peu de paresse de ses fibres musculaires. L'hystéromètre revient souillé de sang. L'utérus est vide.

Cette observation, très-résumée, d'après mes notes quotidiennes, nous présente le cas singulier d'un placenta resté dans l'utérus depuis le 6 avril, jour de l'expulsion du fœtus, jusqu'au 27 juin où il a été rendu sous l'influence d'une forte dose de quinine, et sans avoir contracté d'odeur; il a seulement causé une hémorrhagie, plus ou moins abondante par moment. S'il ne s'est pas putréfié, s'il est resté « vivant » c'est qu'il avait conservé des attaches avec l'utérus. Toute tentative d'extraction eût été imprudente, injustifiable, il me semble, et n'aurait abouti qu'à la déchirure du placenta. J'aurais dû, certainement, en laisser des débris, qui, ayant moins d'adhérence avec l'utérus que la masse entière, auraient sans doute subi leur putréfaction, qui n'aurait fait que rendre plus grave la situation de Mme A..... J'ajouterai, seulement en passant, que le sulfate de quinine m'a souvent servi comme hémostatique utérin, et a presque toujours causé des contractions, dans les cas d'accouchement ou d'avortement où je l'ai employé. Dans le cas actuel, les contractions ont été assez fortes pour *tasser* le placenta, et lui donner une forme ovoïde.

Obs. II (*Obstetrical Transactions*, vol. XII, p. 338). — M. Walker pré-

sente un placenta qui est demeuré deux mois dans l'utérus. Le fœtus avait 4 mois et demi. M. Walker ne put pas trouver de placenta. Deux jours après, le Dr Murray vit la malade. Jusqu'à l'expulsion de ce délivre, tout juste deux mois après l'avortement, la malade n'a eu aucune perte sanguine ni putride. Elle a pris de fortes doses d'ergotine et des injections de permanganate de potasse, durant une semaine après son accident.

Dans la discussion qui eut lieu à ce sujet à l'*Obstétrical Society*, le Dr Murray dit qu'il a introduit trois jours de suite son doigt dans la cavité utérine, sans difficulté, et qu'il n'y a rien senti; le cordon sortit, sans qu'on exerçât de traction, lors du premier examen. Étant assuré que le placenta était *fermement* et *totalement* adhérent, le Dr Murray pensa qu'une tentative faite pour le détacher ne réussirait que partiellement, et laisserait très-probablement des débris, qui seraient la cause d'hémorrhagies et peut-être de septicémie. Il ajoute que c'est une règle impérative d'enlever tout ce que l'on peut atteindre, surtout si des débris placentaires ont déjà été expulsés, et s'il y a une hémorrhagie.

Ramsbotham (5e édition, p. 690) recommande l'évacuation complète de l'utérus, le plus tôt possible, il ajoute qu'elle doit être faite avec toute sorte de douceur, et il est « très-opposé à l'emploi de toutes sortes de ténaculums », qui pourraient déchirer le col utérin, et dans la crainte qu'ils ne lacèrent les membranes, et n'en laissent des débris dans l'utérus. « Je suis convaincu, dit-il, qu'un corps de grosseur moyenne sera expulsé de l'utérus, non sans doute avec moins de douleur, mais plus certainement, et plus complètement qu'un corps de petit volume; et c'est pour cette raison que, dans les avortements des premières semaines, je regarde comme désirable de laisser soigneusement l'œuf entier. » Il parle aussi de l'emploi de la pince « que les Français regardent comme utile, » mais il préfère le doigt, « pourvu qu'il puisse remplir le but que l'on se propose. »

Quand le col utérin n'est pas assez ouvert pour permettre l'introduction du doigt, et quand l'œuf n'est pas « descendu assez dans le vagin pour nous permettre d'en faire le tour avec le doigt, toute manœuvre pour vider la cavité utérine est *hors*

de question » (1). Il ne paraît pas avoir grande confiance, comme agent expulseur, dans l'ergot de seigle.

Dans les cas où l'hémorrhagie est assez profuse pour mettre la femme en danger, il recommande le tampon, formé d'un mouchoir de soie, trempé dans l'huile, ou un morceau d'éponge ou de lint (c'est une sorte de charpie). Si, dit-il, « le canal ne peut contenir tout le mouchoir, on peut couper ce qui dépasse au dehors, de crainte qu'il ne soit arraché, étant pris dans quelque partie de la literie, ou du vêtement de la malade. » Il laisse quelque fois le tampon, de 12 à 18 heures, et sonde, si c'est nécessaire.

Ceci ne ressemble guère au tampon de notre maître le professeur Pajot. « Unplein chapeau de haute forme » nous disait-il, expression pittoresque et qui n'a pas manqué de graver dans notre esprit un fait important, c'est que le vagin est extrêmement élastique, et peut renfermer des quantités *étonnantes* de charpie. Dans le premier accouchement que j'ai fait dans ma clientèle, on n'oublie pas ces choses là, je fus appelé par une sage-femme; il s'agissait d'un *placenta prævia* partiel et d'une présentation de l'épaule. La sage-femme était tranquille au sujet de l'hémorrhagie; elle avait tamponné. Deux fichus de soie y avaient passé; un grain de mil dans la bouche d'un âne! je les ai retrouvés, dans un cul-de-sac, perdus, introuvables. (Un *fichu* tampon! n'est-ce pas?) Ils étaient réduits au volume d'une noix, et, si l'hémorrhagie était momentanément arrêtée, c'était par toute autre chose que par le tampon.

Les auteurs anglais, du reste, n'ont pas retiré du tampon tout le bénéfice qu'il aurait pu leur donner, parce qu'ils n'ont pas, en général, compris qu'il doit, pour être utile, distendre le vagin. Mais ce n'est pas le moment de faire l'histoire du tamponnement. Après avoir recommandé l'examen attentif de tout ce que la malade a rendu, Ramsbotham parle du cas où le placenta a été retenu « des jours, des semaines, et peut-être des mois »; il n'indique pas le nombre de semaines et de mois.

(1) C'est le traducteur qui a souligné; le texte porte : « *perfectly out of question.* »

En somme, l'auteur classique anglais ne nous donne pas de lumières très-vives sur notre question.

Le Dr Spöndly (*Erinnerungen aus der obstetrischen Praxis*, 1875) rapporte 31 observations de rétention du placenta, après l'avortement.

Voici ses conclusions : 1° Après la rupture de l'œuf et l'expulsion du fœtus, on ne peut pas compter sur la sortie spontanée du délivre, car on rencontre très-souvent des adhérences anormales.

2° La sortie retardée de l'arrière-faix est toujours accompagnée de grands dangers, particulièrement d'hémorrhagies répétées, qui, dans les cas favorables, ont pour conséquence un rétablissement lent.

3° Il est donc urgent, dès l'abord, quand le col permet l'introduction d'un doigt au moins, de chercher à extraire le placenta, ce qui se fait, dans la règle, avec la main ; les pinces sont inutiles.

4o Pour expulser les débris placentaires qui restent après l'opération, il fait faire des injections régulières avec de l'eau tiède ou une solution faible d'acide phénique. Du reste, le séjour de ces débris dans l'utérus paraît beaucoup plus fréquent dans les cas d'avortements ordinaires, qu'après l'opération que je viens de décrire.

5o On se gardera bien d'entrer de force dans un utérus fermé, sans l'y avoir préparé. Les suites (de cette imprudence) (1) pourraient être très-graves.

6° Il faut apprendre aux sages-femmes à appeler un médecin, aussitôt qu'un avortement se présente dans des conditions anormales ; car ce n'est qu'au début, dans la règle, que le médecin trouve l'utérus ouvert. (V. Bailly : 2 cas de prompte rétraction, *France médicale*, 26 avril 1876).

Je vais résumer très-succinctement, ces observations, déjà très-courtes, les analyser, et discuter la conduite du Dr Spöndly.

---

(1) Les mots entre parenthèse ne sont pas dans le texte allemand : je les ai ajoutés pour faire mieux comprendre la pensée de l'auteur. A. C.

Obs. III. — Fœtus long de 2 pouces, macéré, expulsé à 10 heures du matin; à midi, le placenta n'est pas sorti; S... introduit, *avec peine*, l'index dans le col, et trouve le placenta totalement adhérent; pour le détacher, il est obligé d'introduire toute la main dans le vagin. Contractions utérines et convulsions hystériques, qui exigent quatre heures de repos. Peu d'hémorrhagie, soit avant, soit après l'opération. Suites de couches bonnes.

Obs. IV. — Fœtus de 4 mois, expulsé depuis deux jours; métrorrhagie abondante, vives douleurs hypogastriques. Orifice difficilement accessible, antéflexion, diamètre du col 3/4 de pouce, le placenta se présente. Introduction de la main entière dans le vagin, de l'index et du médius dans le col, séparation du placenta. L'antéflexion céda à cette manœuvre; suites de couches favorables.

Obs. V. — Métrorrhagie en juillet, avec signes de la mort du fœtus. A la fin d'octobre, les douleurs se déclarent, et, au bout de 24 heures, expulsent un fœtus de cinq mois, macéré. Orifice déjà très-rétracté quand Spöndly arrive; introduction de deux doigts, placenta fermement adhérent et difficile à détacher. Peu d'hémorrhagie; suites de couches bonnes.

Obs. VI. — Grossesse arrivée au troisième mois, douleurs, hémorrhagie considérable. Utérus élevé, l'orifice a 1/4 de pouce de diamètre, l'œuf y est engagé. Spöndly introduisit la main droite dans le vagin, l'index dans l'utérus, et détacha le placenta. L'hémorrhagie s'arrêta, cependant la convalescence fut longue à cause de l'anémie.

Obs. VII. — Avortement dans le quatrième mois, le médecin traitant abandonne à la nature l'expulsion du placenta. Spöndly, appelé au bout de 30 heures, pour des pertes sanguines et des crampes utérines, trouve l'orifice assez large pour admettre deux doigts, et sépare, sans grand'peine, le placenta qui était assez gros, et fermement adhérent. L'hémorrhagie s'arrêta, mais les lochies furent très-abondantes pendant huit jours; puis la malade se rétablit.

Obs. VIII. — Grossesse de 26 semaines; métrorrhagie, placenta incarcéré et adhérent, friable, métrorrhagie. Détachement difficile; S... fut obligé de laisser quelques débris dans l'utérus. *Puerpérium* (1) excellent.

---

(1) J'ai cru pouvoir conserver le mot latin, passé en allemand. pour éviter des périphrases; chacun comprend que ce mot signifie : suite de couches.
A. C.

Obs. IX. — Grossesse de 18 semaines, écoulement brusque des eaux. Onze jours plus tard, expulsion du fœtus, forte perte sanguine : Spöndly essaya d'introduire plusieurs doigts dans le col, mais il en fut empêché par de fortes contractions utérines, et fut obligé de s'adresser aux hémostatiques. Arrêt de l'hémorrhagie, élimination d'un gros caillot. Le lendemain, perte considérable et présentation du placenta complet, qui fut facilement extrait. *Puerpérium* long.

Obs. X. — Douleurs dans la douzième semaine, puis hémorrhagie dangereuse et syncopes. Vagin plein de caillots, col ayant un diamètre de un pouce, l'œuf s'y engage, séparation à l'aide de deux doigts introduits dans la cavité. *Puerpérium* traînant. Quelques hémorrhagies. Guérison.

Obs. XI. — Avortement à 9 semaines. Perte des eaux à minuit, expulsion du fœtus à neuf heures, grâce à l'ergot. Quoiqu'il n'y eût pas d'hémorrhagie, comme le col se refermait, S... ne crut pas devoir différer l'extraction du placenta, adhérences partielles, séparation difficile. *Puerpérium* bon.

Obs. XII. — Avortement à 4 mois, à 10 heures du matin. Une heure plus tard, hémorrhagie qui exige l'extraction du placenta. *Puerpérium* bon.

Obs. XIII. — Mort du fœtus dans la quatorzième semaine ; le médecin traitant crut devoir en faire l'extraction manuelle, à cause d'un frisson qui se produisit, une semaine après l'apparition des symptômes de la mort du fœtus, mais les moyens employés n'amenèrent pas l'expulsion du placenta. Spöndly appelé, trouva l'orifice ayant un diamètre d'un pouce environ, et le bord inférieur du placenta qui s'y engageait ; mais le délivre était si fortement adhérent qu'il fallut « bien dix minutes » pour le détacher ; il commençait à se putréfier. S... laissa la femme dans un état satisfaisant ; cependant il se produisit un nouveau frisson, deux jours plus tard, et il se développa une métrophlébite, qui se termina en trois semaines par la mort. « Peut-être, dit Spöndly, au commencement de cette observation, eût-il mieux valu rester passif. »

Obs. XIV. — Avortement dans la quatorzième semaine, très-forte perte. « Le médecin traitant, effrayé par trois cas malheureux, se refusa constamment à rien entreprendre pour l'élimination du placenta et se borna, le cinquième jour, en présence d'une hémorrhagie profuse, à prescrire un hémostatique. L'hémorrhagie continuant, les ex-

trémités devenant froides, le pouls faiblissant et les syncopes se répétant, je fus appelé. » Orifice large d'un pouce, plein de sang. S... réussit à introduire l'un après l'autre plusieurs doigts; placenta en grande partie adhérent; pour ménager l'utérus, S... fut obligé de laisser quelques cotylédons dans la matrice. Au bout d'une demi-heure le pouls se releva et la convalescence marcha à si grands pas que la malade put reprendre ses occupations au bout de douze jours.

Obs. XV. — Hémorrhagie sans douleurs depuis 14 jours, devenue dangereuse pour la vie, le jour où le médecin traitant demanda S... en consultation. Jusque-là on n'avait fait que donner à la malade du champagne et de la glace. Col élevé, large d'un pouce; un corps ferme s'y présente. Introduction de la main entière dans le vagin, séparation du corps, — une môle charnue grosse comme un œuf de poule, sans ouverture, — à l'aide de plusieurs doigts. Les règles n'avaient subi aucune interruption. Convalescence assez rapide.

Obs. XVI. — Il y a deux ans, la malade a déjà eu un placenta « arraché » suivant son expression (*ausgekratzt*). Grossesse de 6 mois: quelques pertes sanguines depuis quelque temps. Peu après la visite de S... la malade expulsa un fœtus venu par les pieds, et eut une forte hémorrhagie. Placenta facile à détacher. La malade a eu depuis lors des fausses couches et des enfants.

Obs. XVII. — Grossesse parvenue à la seizième semaine; perte aqueuse et sanguine, pour laquelle S... est consulté. Le lendemain matin le fœtus sortit avant que la sage-femme put arriver. Elle fit appeler S... à cause de la rétention du placenta. Chloroforme, peu d'hémorrhagie, introduction de la main dans le vagin et de deux doigts dans l'utérus, pour détacher le placenta adhérent. Deux semaines plus tard, périmétrite que le médecin de la maison combattit victorieusement. «Aurais-je dû, ajoute Spöndly, attendre que le col fût plus largement dilaté? »

Obs. XVIII. — Fœtus de cinq mois et demi. Hémorrhagie abondante; placenta libre d'adhérence. Extraction facile. Suite de couches bonnes.

Obs. XIX. — Grossesse arrivée à la huitième semaine, douleur dans les mamelles à la suite d'un effort; quatorze jours plus tard, douleurs et perte de sang. Le lendemain matin, col large d'un demi-pouce, élevé, situé en arrière; hémorrhagie peu considérable, syncope. L'hémorrhagie s'arrêta quand le placenta eut été enlevé, avec peine et au

moyen de deux doigts. Crampes utérines très-fortes; le dixième jour, la malade put quitter son lit pendant quelques heures.

Obs. XX. — Femme dans la treizième semaine de sa grossesse; perte d'eau pendant une promenade. Arrivé aussitôt après, Spöndly trouva un fœtus dans le lit, encore tenu par son cordon. Col élevé, peu ouvert; bord inférieur du placenta accessible; « avant que le chloroforme et tout le reste fût prêt, se produisit une forte hémorrhagie, qui s'accompagna de bâillements et de syncopes avec un pouls petit et rapide. Je pus enfin entreprendre l'opération et, avec deux doigts, séparer le placenta adhérent. Le cinquième jour, la malade put passer quelques heures hors de son lit. »

Obs. XXI. — Depuis dix semaines entières, une femme avait expulsé un fœtus de 4 mois, sans qu'on eût pu parvenir à lui faire rendre le placenta. Elle alla bien pendant dix jours, puis il se produisit des hémorrhagies, que le médecin de la maison traita sans résultat par des injections et des remèdes internes. Dans le courant de la dixième semaine, la métrorrhagie devint si forte qu'on fut obligé d'appeler un médecin du voisinage; mais avant qu'il pût se rencontrer avec le médecin traitant la perte acquit un degré d'intensité qui mit la vie de la malade en un danger sérieux; syncopes, pouls filiforme. Appelé en hâte, S... trouva l'orifice largement ouvert, le placenta s'y engageait avec des caillots qui distendaient le col et l'utérus. Adhérences qui nécessitèrent l'emploi de deux doigts et l'espace de quatre minutes pour être rompues. Placenta non putréfié, arrêt de l'hémorrhagie, anémie profonde qui céda lentement.

Obs. XXII. — Après avoir senti les mouvements fœtaux pendant quelques semaines et perdu un peu de sang, une malade eut une leucorrhée abondante, puis elle fut prise de douleurs subites et accoucha d'un garçon de 20 à 24 semaines. A cette expulsion succéda une hémorrhagie pour laquelle on appela Spöndly qui trouva la plus grande partie du placenta dans le vagin. Une petite portion, encore adhérente à la paroi utérine antérieure, était enchâtonnée. « Cet obstacle levé, la malade se remit rapidement. »

Obs. XXIII (même malade que celle de l'observation précédente). — Dans le courant du troisième mois, menaces d'avortement; les règles, comme dans une grossesse précédente, n'avaient subi aucune interruption. Seize jours plus tard, hydrorrhée qui n'empêcha pas la malade d'aller à ses affaires. Quatorze jours après, hémorrhagie abondante, écoulement des eaux, administration d'ergot qui amena, au bout de quelques heures, l'expulsion d'un fœtus de quatre mois et

demi. Hémorrhagies inquiétantes, syncopes. Orifice large d'un peu plus d'un pouce; cependant le placenta était si fermement adhérent que S... fut obligé d'abandonner quelques cotylédons. L'hémorrhagie s'arrêta, mais la convalescence fut lente et retardée par des crampes utérines.

Obs. XXIV. — Frisson il y a huit jours, puis perte purulente et écoulement des eaux. Douze heures plus tard, expulsion d'un fœtus de 17 semaines, rétention du placenta, orifice trop étroit pour permettre son extraction. Tous les moyens employés pour provoquer sa sortie restent sans effet. La malade se sent si bien que S.., ne peut lui défendre de sortir. Au bout de quelques semaines, hémorrhagies répétées, expulsion du placenta par morceaux. Convalescence de 2 mois et demi.

Obs. XXV. — Après un avortement survenu dans la seizième semaine, hémorrhagie abondante; Spöndly, arrivé au bout d'une heure et demie, fit l'extraction du placenta, manœuvre « peu aisée à cause du retrait du col. » L'hémorrhagie s'arrêta. Au bout de deux jours, fièvre de peu de durée, faiblesse qui fut guérie par un séjour à la campagne.

Obs. XXVI. — Avortement au début du cinquième mois, après quatre semaines de symptômes prémonitoires. Les eaux s'écoulèrent, puis deux jours plus tard le fœtus sortit. Une demi-heure après, le col était complètement refermé. Au bout de trois jours d'un « traitement préparatoire » la malade eut de fortes douleurs et une perte constante. L'orifice ayant plus d'un pouce de large, « j'y introduisis deux doigts et ne tardai pas à extraire le placenta. L'hémorrhagie s'arrêta, les suites de couches furent bonnes.

Obs. XXVII. — Fœtus de 5 mois, expulsé après un travail court; le placenta, retenu, était totalement adhérent et un peu enchâtonné; quoique appelé à temps, S... eut besoin de six minutes pour opérer son détachement; l'hémorrhagie et la mauvaise constitution de la malade firent traîner les suites de couches.

Obs. XXVIII. — Une très-jeune femme, qui ne se croyait pas enceinte, se mit à perdre du sang de temps en temps, jusqu'à ce qu'elle ressentît des douleurs, et expulsa bientôt après un fœtus de 3 mois et demi, décomposé. Quatre heures plus tard, S... trouve le fœtus tenant encore à sa mère par son cordon. « Heureusement le col était encore assez ouvert pour que, conduit par le cordon, je pusse introduire l'un après l'autre deux doigts et enlever le placenta putréfié. » Convalescence rapide.

OBS. XXIX. — Après des courses en chemin de fer, douleurs subites survenues dans une maison étrangère et expulsion d'un fœtus de 4 mois. Aussitôt se produisirent une perte et des syncopes. « Appelé en hâte, je trouvai l'orifice peu dilaté et, après avoir séparé les membranes qui se présentaient, je m'abstins d'essais prolongés. » L'hémorrhagie s'arrêta et, sept heures plus tard, le placenta fut heureusement expulsé. La malade put retourner chez elle quatorze jours plus tard.

OBS. XXX. — Fœtus expulsé dans la dix-huitième semaine, forte hémorrhagie. Au bout d'une demi-heure, S... put introduire *plusieurs* doigts et ne tarda pas à extraire un placenta fermement adhérent. *Puerpérium* très-bon.

OBS. XXXI. — La malade n'avait pas eu ses règles depuis sept semaines, et ne se sentait pas bien lorsque, après une perte soudaine, ell perdit un caillot putréfié, qu'elle considéra comme un œuf abortif et mit de côté. Appelé deux jours plus tard, S... trouva le col presque refermé, mais conserva un doute en voyant l'utérus assez gros. La malade resta huit jours au lit et fit des injections d'eau tiède ; puis elle sortit, sans permission, pour aller à son travail. Les jours suivants, nouvelle hémorrhagie et expulsion, au dire de la malade, d'un fœtus long de 3 pouces. Anémie profonde. La femme sortit néanmoins et prétendit avoir perdu le placenta ; elle continua d'aller à son travail. Quatorze jours après l'expulsion du fœtus, nouvelle hémorrhagie abondante qui obligea la malade à se mettre au lit. Trois jours plus tard, l'hémorrhagie se reproduisant et s'accompagnant de syncopes, la malade demanda S... Il insista sur la nécessité d'avoir une sage-femme, pour soigner la malade et exécuter les prescriptions. L'orifice se dilata la nuit suivante ; appelé à cause de nouvelles pertes et de vomissements, Spöndly trouva le placenta qui se présentait, et en fit l'extraction immédiate. L'hémorrhagie s'arrêta ; la malade prit des fortifiants ; mais l'anémie était si profonde, qu'il se passa plusieurs semaines avant que la malade pût reprendre ses occupations.

OBS. XXXII. — Hémorrhagie abondante et syncopes. Le médecin ordinaire, après avoir tout essayé, appela S... le soir tard et il fut décidé qu'on mettrait un tampon au perchlorure, qui arrêta la perte et amena, jusqu'au soir suivant, une dilatation large d'un pouce. La sage-femme, croyant alors sentir le fœtus, fit appeler S... qui introduisit deux doigts, et, avec peu de peine, enleva une môle sanguine de mauvaise odeur, dans laquelle on ne trouva ni œuf, ni restes fœtaux. Convalescence rapide.

Obs. XXXIII. — Métrorrhagie soudaine — 6 pots de chambre en furent remplis — qui effraya fort la malade parce qu'elle en avait eu une dans une grossesse antérieure, à la suite d'une rétention du placenta. Le médecin traitant plaça un tampon et consulta S... deux jours plus tard, à cause de la persistance de l'hémorrhagie. La malade n'avait cependant pas l'air anémique, ses lèvres étaient roses, elle se plaignait de céphalalgie. Utérus passablement développé, orifice situé en arrière, ouvert; « nous fûmes d'accord pour reconnaître que la cause de l'hémorrhagie était une fausse couche commençante, et pour décider l'application d'un tampon au perchlorure. » Malgré ce tampon, l'hémorrhagie reparut le lendemain, un peu moindre cependant, et elle s'accompagna de douleurs fortes et continuelles. Après une nuit sans sommeil, la malade devint extrêmement faible, le pouls était fréquent et la perte avait une mauvaise odeur. Il fallait agir. A dix heures du matin, on plaça la malade en travers de son lit, on enleva le tampon, et S... introduisit successivement deux doigts dans le col mou et dilatable, et sépara des parois utérines l'œuf abortif qui était fort adhérent. L'hémorrhagie ne reparut pas, et, après trois semaines, la malade, déjà plus forte et à peine anémique, commença un traitement fortifiant.

Spöndly, on le voit par ces observations, est un partisan très-décidé de l'intervention active et du détachement artificiel du placenta, puisque, sur 31 cas, 30 fois il pratiqua cette manœuvre. Il ne paraît pas cependant que les adhérences aient jamais été bien fortes, puisqu'il cite comme exceptionnelle (obs. XIII) une extraction qui dura 10 minutes ; une autre fois, elle dura 6 minutes (obs. XXVII) ; elle ne prit que 4 minutes dans le cas XXI. Il est donc probable que les adhérences n'étaient pas fort tenaces. L'observation XX nous autorise à croire, quoique Spöndly ne le dise pas en termes exprès, qu'il fait en général cette opération pendant le sommeil chloroformique.

Le détachement du placenta a exigé toujours l'emploi d'un doigt, le plus souvent de deux, et quelquefois de plusieurs (obs. XXX, XIV et XV.) Dans ces deux derniers cas, Spöndly, quoiqu'il ne le dise pas, a dû dilater le col, puisqu'il n'avait qu'un pouce de large. Il en est sans doute de même dans le cas XIX, où le col n'avait qu'un demi-pouce d'ouverture, et où Spöndly introduisit deux doigts.

On est autorisé à se demander pourquoi, dans le cas XXIX,

Spöndly a déchiré les membranes ; il n'indique aucun motif à sa conduite, pourquoi il a détaché le placenta, dans le cas XI, puisqu'il n'y avait pas d'hémorrhagie ni de menaces d'infection.

Dans l'observation VIII, Spöndly ne put extraire le placenta entier. Je reviendrai sur cette question, mais je crois pouvoir dire tout de suite, que, lorsqu'on n'est pas assuré de tout enlever, il vaut mieux tout laisser ; car le placenta entier amènera des contractions plus fortes, qui aboutiront à son expulsion, et d'une manière plus certaine, que quelques débris, qui risquent d'autant plus de se putréfier, qu'ils sont plus petits, et qu'ils ont moins de points d'attache à l'uterus. C'est l'opinion de Ramsbotham, citée plus haut. Le détachement du placenta adhérent n'est pas toujours sans danger, témoin les observations III, où il s'est produit des convulsions hystériques, et XVII, où cette manœuvre a été suivie de périmétrite.

J'espère démontrer que Spöndly est un trop grand ami du détachement manuel, et que, malgré ses 30 succès sur 31 cas rapportés, l'expectation eût été plus sage dans quelques-uns de ces cas.

Obs. XXXIV (personnelle). — Le 11 janvier, à 4 heures du matin M. S... vient me chercher, en grande hâte, pour sa belle-sœur Mlle J. D..., rue..., n° 12, qui a, dit-il, une très-forte perte.

Mlle D..., âgée de 38 ans, a, en effet, depuis le milieu de la nuit, une ménorrhagie, survenue subitement, mais dont l'abondance n'a rien d'effrayant.

Utérus gros, dur, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, non douloureux. La malade finit par avouer qu'elle a fait une fausse couche, il y a quelque temps, deux ou trois semaines ; il ne m'est pas possible de lui en faire déterminer plus exactement la date. La perte, dont elle est fort épouvantée, — la malade est craintive et pusillanime, — ne paraît pas l'étonner ; la description qu'elle me fait de ce qu'elle a perdu me permet de supposer que le placenta est resté dans l'utérus. Col fusiforme. — Quinine en potion.

9 heures. Col assez ouvert pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index. Un corps mou s'y engage ; l'utérus est moins volumineux. Continuer la quinine.

Midi et demi. Le corps que j'ai senti ce matin ne faisant pas de progrès, je tamponne, tampon médiocrement serré. Trois heures après, deux prises de seigle ergoté d'un gramme chacune.

4 h. 1/2. J'enlève le tampon, et j'extrais, avec la pince, plusieurs morceaux du placenta. Col mince, dilatable, large comme un écu de 3 francs.

Le 12, 3 heures. Extraction artificielle des débris placentaires, dont le plus gros a le volume d'un abricot.

J'ai successivement essayé les injections intra-utérines, la dilatation artificielle, l'introduction d'une sonde molle, laissée plusieurs heures dans l'utérus ; enfin ce n'est que le 18 janvier que j'aipu prendre congé de ma malade.

Je donne ce fait, très-abrégé, d'après mes notes journalières, pour montrer les inconvénients d'une intervention intempestive. Actuellement, dans un cas de ce genre, la perte n'étant pas inquiétante, ni de mauvaise odeur, et le placenta se présentant à l'orifice cervical, j'attendrais, en me fiant à l'ergot ou à la quinine et au tampon, que je laisserais 24 heures en place, quitte à le remplacer s'il y avait nécessité. J'ai la conviction que, si le 11 janvier à 9 heures, j'eusse simplement tamponné et attendu un jour, j'eusse trouvé, le lendemain, le placenta décollé et prêt à être *cucilli*. Je suis aussi convaincu que mes tentations d'extraction, — je n'ai rien *arraché*, — en diminuant le volume du corps à expulser, ont fait traîner la convalescence qui aurait été plus rapide si j'avais laissé le placenta achever la dilatation, et sortir spontanément, expulsé par les contraction utérines ; je les aurais aidées avec l'ergot ou la quinine.

Ce cas est donc pour moi, malgré sa terminaison heureuse au bout de sept jours, un enseignement de ne pas trop me presser, et de ne pas vouloir à tout prix agir. Aidons la nature, ne la suppléons que quand elle se fait voir complètement impuissante.

Obs. XXXIV (personnelle). — Mme B..., rue..., n° 60, me fait appeler, dans la soirée du 25 juin, pour une forte métrorrhagie. Elle n'a plus « vu » depuis trois mois et a déjà perdu beaucoup dans la journée ; la perte avait diminué, puis a repris ce soir, très-forte. On a jeté tout ce que la malade a perdu et lavé tous les linges. Pouls faible. La malade refusant de se laisser toucher, je me retire en prescrivant une potion avec 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 27. Rappelé; la malade, après de fortes douleurs lombaires, a expulsé un gros « caillot. » Col ouvert, un peu de perte sanguine. Continuer la quinine.

Le 28. Le mari vient me dire que sa femme va bien et me demander si elle peut se purger; je l'engage à attendre un peu.

Que le corps expulsé dans la nuit du 26 au 27 fût un placenta, ou un gros « caillot » comme le disait M. B..., l'expectation qui m'a été imposée par l'indocilité de la malade n'a eu qu'un bon effet, un prompt rétablissement. J'ai revu, depuis lors, Mme B..., mère d'un gros garçon.

Obs. XXXV (personnelle). — Mme H..., 38 ans, rue..., n° 6, me fait chercher, 18 décembre 1873, pour une forte hémorrhagie. Sur ma demande, elle me remet un fœtus de 3 mois environ, muni de son cordon et attaché à un placenta incomplet. Col ouvert, rempli de caillots que j'enlève, et occupé par un corps mou, que je crois être le placenta; utérus ferme; hémorrhagie peu considérable. Potion de quinine.

Le même soir, huit heures après ma première visite, j'extrais le placenta qui s'est détaché spontanément des membranes et des caillots. Une heure après, la perte continuant, je place un tampon peu serré qui produit des contractions douloureuses et l'arrêt complet de l'hémorrhagie.

La malade ayant eu des tracas domestiques et s'étant levée trop tôt pour soigner une de ses enfants, tombée malade, a eu une convalescence traînante.

Obs. XXXVI (personnelle). — Mme M..., 32 ans, se disant enceinte de 3 mois, me fait chercher, le 28 novembre 1874, pour des douleurs lombaires et abdominales très-violentes. La sage-femme, appelée avant moi, affirme que la perte a été très-forte. Les dernières règles se sont montrées le 4 séptembre. Col mou, ouvert. Potion à l'ergotine.

Le 29, 5 h. 1/2 du matin. Douleurs très-fortes, la dilatation progresse. Des tentatives d'extraction n'amènent que des débris; le produit se déchire et se morcelle.

7 h. 1/2. Tampon très-peu serré; comme il ne produit aucun effet, je l'enlève à 11 heures et le remplace par un tampon plus gros, que je laisse jusqu'à 10 heures du soir, où je l'enlève. J'extrais, soit avec la pince, soit avec les doigts, des débris membraneux et placentaires. Une injection intra-utérine avec de la tisane de camomille ne ramène que de petits débris. Convalescence un peu lente; cependant la malade est assez bien le 18 décembre pour que je puisse prendre congé d'elle. Elle accouche à terme, au mois d'avril 1876.

Obs. XXXVII (personnelle). — Le 6 janvier 1875, on m'appelle, à 6 heures du soir, auprès de Mlle B..., rue..., nº 12, âgée de 30 ans. A la suite d'une glissade, — je crois très-volontiers qu'elle a fait un faux pas, — elle a de vives douleurs dans les lombes et le bas-ventre. Col fermé, douloureux au toucher. J'essaie, en vain, d'arrêter les contractions utérines, et, dans la soirée, je trouve que le col a subi un commencement de dilatation; un corps solide s'y engage. — Potion d'ergotine.

Le 7, à 3 heures. Je fais, avec la pince, des tentatives d'extraction qui ramènent des caillots et des débris placentaires, quelques-uns gros comme des noix. Injection intra-utérine d'eau de camomille.

Le 14. Je prends congé de Mlle B..., qui est bien et en état de reprendre son travail.

Le 18. Rappelé pour une périmétrite, qui dure jusqu'au 29. A ce moment, je quitte la malade complètement remise.

La périmétrite a-t-elle pour cause l'extraction artificielle du placenta morcelé? Je répondrais volontiers affirmativement, si je ne soupçonnais que la malade a subi, avant de m'appeler, un traitement peu honnête. C'est même ce soupçon, joint à la fièvre qu'avait la malade quand je l'ai vue pour la première fois, fièvre qui a duré quelques jours, qui m'a engagé à tenter l'extraction artificielle du placenta, plus tôt que je ne l'aurais fait dans d'autres circonstances. Les lésions qui ont pu être faites avant notre arrivée ne nous permettent pas toujours d'attendre autant que nous devrions le faire dans un cas naturel.

Obs. XXXVIII (personnelle). — Mme M..., 27 ans, rue..., nº 14, syphilitique, m'a, à trois reprises différentes, dans l'espace de 15 mois, apporté des œufs abortifs, qu'elle a expulsés sans aucun traitement, et après une perte qui a duré de 5 à 13 jours, suivant les cas. Cette brave femme, trop pauvre pour payer le médecin, ne m'a jamais appelé que lorsqu'elle était, ou horriblement souffrante, ou en danger réel. C'est ce qui explique comment je n'ai pas assisté à l'expulsion de ces œufs, dont l'âge variait entre quatre semaines et deux mois.

Obs. XXXIX (personnelle). — Le 17 avril 1874, Mme G..., 28 ans, rue..., nº 6, avortement dans le quatrième mois, il y a 15 jours. Elle a été prise d'une métrorrhagie qui s'est répétée de temps en temps. Fris-

sons la nuit dernière. Pouls 140, peau chaude, utérus volumineux, col ouvert. — Potion de quinine.

Le 18. Pouls 104. A perdu un caillot sanguin récemment formé, après quelques douleurs. Col plus ouvert. — Continuer la quinine.

Le 19. De même, injection intra-utérine, qui n'est pas douloureuse et ne ramène que des débris insignifiants.

Les 20 et 21. Expulsion de deux corps solides qui ne sont pas conservés.

Le 23. L'hystéromètre ne pénètre qu'à 6 centimètres. — Je dirai, seulement en passant, que la mensuration utérine que je pratique très-souvent, même peu après l'évacuation de l'utérus, et avec toute la délicatesse que demande cet organe dans ces cas, ne m'a jamais donné d'accident; elle n'a même jamais, après un avortement, provoqué de douleur. Il faut, pour ainsi dire, laisser entrer l'instrument par son seul poids. Cette dimension de 6 centimètres, qui est un peu au-dessous de la longueur normale de l'organe, je l'ai rencontrée fréquemment après les avortements ; le col n'étant pas encore reformé ni refermé, et les parois utérines n'étant pas revenues au contact l'une de l'autre, l'organe se rapproche de la forme globuleuse et perd en longueur ce qu'il a de plus en largeur et en épaisseur.

Le 28. Après l'introduction d'une tige de laminaria, qui a dilaté le col, la malade perd un corps gros comme une noix, qu'elle ne conserve pas. L'utérus a sa dimension normale, 6 centim. 1/2. La convalescence s'établit ; rien ne vient la traverser.

Obs. XL (personnelle). — 14 octobre 1875. Mme G..., 33 ans, rue..., n° 9, croit être enceinte depuis le 15 août. Les dernières règles ont paru le 1er août. Depuis quatre ou cinq jours, perte sanguine, très-abondante hier. Col peu ouvert, indolore. — Ergotine.

Le 15. Col mou, admettant la phalange inguinale. L'ergotine, mal préparée, n'a donné aucune contraction, quoique prise à forte dose. J'en fais prendre dans une autre pharmacie.

Le 26. Quelques douleurs lombaires. Un corps gros comme une noix se présente, je l'extrais aisément avec l'index, le col étant assez ouvert, je sens un autre corps, plus haut situé et adhérent.

Le 17. La malade a rendu un fragment de membrane déchiquetée. Elle en rend encore les jours suivants et elle se remet rapidement.

Obs. XLI (personnelle). — Le 23 novembre 1874, M. M..., rue..., n° 21, vient me prier de voir sa femme, âgée de 30 ans, qui a une perte.

Mme M..., après un « retard » de 8 jours, dit-elle, a perdu beaucoup de sang. Des dragées d'ergotine n'ont amené aucun changement. Perte

modérée en ce moment. Col ouvert, assez ferme, admettant la phalange onguéale de l'index. Utérus, 7 centimètres. J'extrais, avec une pince, des fragments d'œuf qui sentent mauvais. — Quinine.

Quelques heures plus tard, injection intra-utérine, un demi-litre environ.

Le 24. La perte s'est arrêtée complètement, puis elle a repris, très-légère. Le col se referme et se reforme. Le doigt ressort couvert d'un peu de sang noir, sans odeur. — Ergotine.

Le 25. La perte s'est arrêtée, comme hier, puis elle a reparu. Je soupçonne que la malade s'est levée et qu'elle n'a pas pris sa potion. Le col se rétrécit de plus en plus.

Le 26. Mme M... est assez bien pour que je puisse prendre congé d'elle.

Obs. XLII (personnelle). — Mme T..., 26 ans, après un « retard de 8 jours, » comme la précédente, me fait chercher, le 15 juillet 1875, à 9 heures du matin, pour une perte qui dure, plus ou moins forte, depuis trois semaines. Le col est largement ouvert, et j'extrais sans peine, avec la pince, des caillots et des débris placentaires dont j'estime le poids total à 300 grammes. Une partie de l'œuf est trop adhérente pour pouvoir être extraite sans employer de la force. Je la laisse. — Ergot.

3 heures. La malade a perdu un débris ovulaire. Ce qui reste du produit de la conception est encore trop adhérent pour que je croie prudent de faire des tentatives d'extraction. — Tamponnement.

Le 16. Le col se referme, la perte est très-modérée, l'utérus est petit. Je crois pouvoir quitter la malade, en recommandant à son mari de venir me chercher s'il y a quelque chose d'anormal. Quelques jours après, on vient me dire que la malade va parfaitement.

Obs. XLIII (résumée); Scanzoni. — La malade se croyait au troisième mois de sa grossesse, lorsqu'elle fut prise soudainement, sans cause connue, d'une métrorrhagie abondante. La perte ne cédant à aucun des remèdes ordinaires, Scanzoni fut appelé; après un examen plusieurs fois répété, il crut pouvoir affirmer que le fœtus avait été expulsé avec les caillots, et que la persistance de l'hémorrhagie était due à la rétention d'une partie de l'œuf. Seigle ergoté en potion et en lavement, injections vaginales froides, applications froides sur le bas-ventre. Arrêt, pendant quelques heures, de l'hémorrhagie, qui reprend ensuite avec plus de violence. Tampon laissé 36 heures, « pour amener la dilatation du col et l'expulsion de ce qui reste de l'œuf. » Peu de contractions; arrêt de la perte.

L'hémorrhagie reprenant au bout de quelques jours, Scanzoni crut

pouvoir sonder l'utérus; le cathétérisme ne présenta aucune difficulté, « nous constatâmes un allongement de 2 pouces et demi dans la longueur (1) » et une augmentation des diamètres transversaux, démontrée par la facilité avec laquelle le bec de la sonde se mouvait en tous sens. Cet examen prouva qu'il n'y avait pas de grossesse. L'injection d'une solution faible de perchlorure de fer amena l'arrêt de l'hémorrhagie. « Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque, huit semaines plus tard, nous apprîmes que la malade sentait les mouvements fœtaux, et que nous nous assurâmes nous-même de l'existence d'une grossesse arrivée au sixième mois! »

Il est inusile d'insister sur l'intérêt que présente cette observation. Nous devons seulement en tirer une leçon de prudence extrême; car je doute qu'on trouve, en deça du Rhin, beaucoup d'utérus aussi commodes que celui de la malade du savant professeur de Wurtzbourg. « *Nunquam fere magis periclitatur fama medici, quam cùm agitur de graviditate determinanda.* »

Obs. XLIV (résumée); de Soyre, *Arch. Toc.*, 1875 — Grossesse d'environ trois mois et une semaine. Légère perte sanguine et douleurs le 19 septembre; arrêt de la perte sous l'influence du repos de la nuit.

Le 20. Vers 8 heures, reprise de l'écoulement et des douleurs. Expulsion du fœtus, le 21 à 9 h. 1/2. Le Dr X... introduit la main dans le vagin et deux doigts dans l'utérus pour aller chercher le placenta retenu. Recherches pendant plus d'une heure n'aboutissent qu'à l'extraction de quelques fragments membraneux et à la production de douleurs violentes et d'accidents nerveux. — Petite dose d'ergot. — C'est alors qu'on fait chercher M. de Soyre qui constate que la perte n'a rien d'inquiétant, que le col est reformé et que l'orifice interne est infranchissable. — Repos absolu, tranquillité. Un peu d'élévation du pouls, le 23, peu de perte.

Le 24. Ecoulement sans odeur, pouls calme, picotements dans les seins.

Le 25. Lochies légèrement odorantes, un peu de lait dans les seins. — 50 centigrammes de sulfate de quinine, 3 injections par jour.

---

(1) L'expression allemande est si obscure qu'il ne m'a pas été possible de savoir si l'utérus avait deux pouces et demi de plus que sa longueur normale. Mot à mot : « la cavité de l'organe était allongé jusqu'à deux pouces et demi. » C'est la profondeur normale de l'utérus à l'état de vacuité, il n'y aurait donc pas d'allongement. A. C.

Le 26. Légère réaction fébrile; lochies à peine odorantes. Utérus développé comme dans une grossesse de 3 mois.

Le 26. Dans la matinée, écoulement sanguin; le délivre s'engage dans le col; le doigt revient avec « une odeur caractéristique de putréfaction. » Dans la soirée, après des contractions espacées, expulsion du délivre, « rose et frais dans toutes ses parties, sauf dans un point large comme une pièce de quarante sous environ, où il présentait une teinte foncée noirâtre. Ce délivre était resté 7 jours entiers dans la matrice. »

Dix jours après, la malade retourne chez elle, à 100 lieues de Paris, en chemin de fer.

Je remarquerai, seulement en passant, que d'après mon expérience, les vacillations du chemin de fer pourraient avoir l'influence la plus fâcheuse sur l'utérus. Peut-être aurai-je plus tard l'occasion de revenir sur ce sujet, au point de vue de l'avortement.

Obs. XLV (résumée); Bracey. — Le 20 août, expulsion d'un fœtus de 4 mois environ, sans trouble notable, ni hémorrhagie considérable. Ecoulement sanguin durant quelques heures seulement. Femme très-inquiète, affirmant que le placenta n'est pas sorti.

Le 25. Bracey constate une dilatation du col telle que son index put pénétrer à 6 centimètres dans la matrice, mais sans y rien rencontrer. Utérus volumineux, comme il l'est à quatre mois.

Le 27 septembre, « règles » pâles, peu abondantes.

Le 4 octobre, hémorrhagie assez considérable, qui cède aussitôt après l'expulsion de l'arrière-faix. Placenta intact, encore pourvu de son cordon, n'offrant aucune trace de décomposition. Rétablissement complet.

Obs. XLVI (résumée); Bracey. — Fausse-couche datant de 3 mois, lorsque la malade se présente à la policlinique, le 18 août. Le placenta, au dire du médecin traitant, n'a pas été expulsé.

Pendant cinq semaines après l'avortement, — le fœtus avait 4 mois, — tout alla bien, sauf qu'il se produisit une hémorrhagie à la suite du premier coït; elle dura une demi-heure. Examen : 9 centimètres de cordon sortent du col et cèdent à une légère traction. Augmentation de 3 centimètres sur la longueur normale de la cavité utérine. Bracey fait mouvoir la sonde en tous sens, « pour séparer les adhérences du placenta, » et donne de l'ergot à dose assez élevée.

Rien de nouveau jusqu'au 21 septembre. Ce jour-là, vers le soir,

douleurs abdominales, perte assez considérable, expulsion du délivre, intact, exsangue, ayant la forme de la cavité utérine et nullement décomposé.

« Depuis lors, la femme se porte bien, la menstruation est normale, un peu plus abondante seulement que de coutume. »

Obs. XLVII (résumée); Charles de Liége, *Gaz. obst.*, 1875. — Grossesse de 2 mois à 2 mois et demi. La malade voit quelques taches de sang dans son linge, le 7 novembre, à la suite d'une émotion. Elle est fort nerveuse dans la nuit, elle se sent « baignée dans son sang. » Charles la voit le 8, pour la première fois, à 9 h. 1/2 du matin. Mme J... a eu plusieurs syncopes et paraît très-animée. Charles extrait du vagin, avec des caillots, un fœtus de 7 centimètres. Quoique le col admette l'indicateur, Charles croit ne pas devoir intervenir manuellement. — Repos, boissons froides et astringentes, potion avec 6 grammes d'ergot, décoction froide de graine de lin pour injections vaginales. — Arrêt de la perte.

Le 9. Mme J... se sent mieux; le col est un peu plus entr'ouvert; Charles y sent un corps mou qu'il reconnaît pour le placenta; « je ne tire pas, de peur de n'enlever qu'un petit morceau, et de laisser la plus grosse partie, qui, alors, offrirait moins de prise si l'extraction artificielle devenait nécessaire; la petite portion engagée a aussi l'avantage de maintenir le col ouvert et d'agir comme un coin pour augmenter la dilatation pendant les contractions utérines. » — Injections avec de l'eau de camomille, additionnée d'eau de Labarraque ; continuer l'ergot.

Les jours suivants, agitation, accidents nerveux, qui décident Charles à faire l'extraction artificielle. L'introduction de l'index amenant de fortes douleurs et une demi-syncope, Charles emploie une pince à polypes, puis la curette de Pajot, et il ramène « un gâteau arrondi d'un diamètre de 5 centimètres environ, d'une épaisseur de 12 à 15 millimètres, et dont la partie inférieure commençait à tomber en putrilage. » — Seigle ergoté et sulfate de quinine, injections de 2 en 2 heures; bouillon et vin ; bandage abdominal très-serré.

La délivrance n'amène pas la cessation des accidents nerveux, car Mme J... est reprise, une heure plus tard, d'une attaque d'hystérie. — Chloral. — Dès le 20, Mme J... se lève; l'écoulement vaginal a cessé.

Je ne transcris pas maintenant les réflexions de Charles au sujet de ce cas ; elles trouveront leur place dans ce que j'aurai à dire, à la fin de ce mémoire, sur le traitement de l'accident qui nous occcupe.

Obs. XLVIII. — Sous forme de consultation, E. Verrier, dans la *Gazette obstétricale* du 5 juin 1875, approuve la conduite du Dr Le Maguet, qui, en l'absence de contractions et d'accidents, laisse un placenta, 6 jours après l'expulsion du fœtus.

Verrier cite, d'après le professeur Pajot, un cas où le délivré est resté enfermé cinq mois dans l'utérus.

« Le 29e jour, arrachement du placenta, en partie adhérent, en partie décollé, » au moyen de deux doigts introduits dans l'utérus.

« Cinq jours après, la patiente vaquait à son travail. »

Obs. XLIX (résumée); A.-R. Simpson. — Le 9 février, la malade qui perdait du sang depuis environ six semaines, perd deux petits corps « comme des caillots. »

Le 14, elle entre à l'*Infirmary*. Col assez large pour admettre le doigt, qui rencontre, immédiatement au-dessus de l'orifice interne, « un corps rond, mou, qui semble faire saillie sur la paroi utérine. » *Diagnostic* : avortement incomplet.

Le 16 au matin. Injection hypodermique d'ergotine.

Le soir, introduction d'une grosse éponge préparée.

Le 17. Examen pendant le sommeil chloroformique. On saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux et on abaisse l'utérus. Simpson peut alors explorer toute la cavité et enlever aisément, comme la peau d'un fruit, un corps polypoïde qui était adhérent à la paroi utérine postérieure ; c'était un reste de l'œuf, gros comme une noix, dans lequel le microscope fit reconnaître les villosités placentaires. — Frisson le soir; injection d'ergotine. Quelques pertes pendant les jours suivants. *Exeat* le 25.

Obs. L (résumée); Fl. Churchill. — Avortement datant de 3 mois. Perte sanguine intermittente modérée. — Ergot; expulsion des membranes; rétablissement immédiat.

Churchill, dans la même communication (Société obstétricale de Dublin, 11 mars 1876), rapporte 5 cas de rétention plus ou moins prolongée de fœtus morts. Je ne les rapporte pas, car ils n'ont pas directement trait à mon sujet actuel.

Il en est de même du mémoire présenté par M'Clintock à cette même Société, le 12 décembre 1874. Ces observations, et les remarques de ces deux auteurs n'en sont pas moins fort intéressantes, au point de vue du séjour de l'œuf mort dans l'utérus et du traitement de cet accident. Le Dr Braxton Hicks (com-

munication orale) m'a parlé d'un œuf extrait par lui au bout du onzième mois; le fœtus était mort au quatrième mois.

Obs. LI; Fritsch. — « Dans un cas, nous avons extrait, après un an et deux mois environ, un reste abortif tout à fait gris, rond, de la grosseur d'une fève, librement mobile dans l'utérus. »

Cette observation, que j'ai citée complètement et mot à mot, est tirée de *Klinik der Geburtshülflichen Operationen* (2e édition), publié à Halle, en juillet 1876, p. 367.

Obs. LII (résumée; P. Allen), dans *Lyon médical*, 25 octobre 1874. — Il s'agit d'un avortement au 4e mois; au bout de plusieurs heures, le placenta n'étant pas sorti, on eut recours à un médecin. Celui-ci trouva le cordon rompu, l'utérus contracté et le placenta retenu dans sa cavité. Comme il n'y avait pas d'hémorrhagie, il n'intervint pas. Cinq mois plus tard, Allen fut appelé près de cette femme, qui était prise de douleurs utérines; celles-ci amenèrent l'expulsion d'un placenta frais, nullement altéré. Cette expulsion du placenta avait lieu à l'époque où aurait dû se terminer normalement la grossesse.

Obs. LIII (A. Leblond).— Mme D..., demeurant à Paris, 17, rue des R..., âgée de 28 ans, travaille à la machine à coudre.

Cette femme, qui est originaire de Barcelone (Espagne), a été réglée à 9 ans et a toujours été menstruée régulièrement. A 20 ans, première grossesse, à 26 ans, deuxième grossesse, qui toutes les deux sont arrivées à terme et n'ont présenté aucune complication; santé habituellement bonne.

Le 25 mars 1875, cette femme, qui était alors enceinte d'environ quatre mois et demi, eut une vive contrariété. Deux jours après, 27 mars, elle fut prise de douleurs de reins et de coliques assez vives dans la région hypogastrique. En même temps, il survenait un écoulement de sang assez abondant par la vulve.

Ces douleurs et cet écoulement durèrent trois jours, et, au bout de ce temps (30 mars), Mme D..., qui était assistée d'une sage-femme, expulsa un fœtus parfaitement formé.

La sage-femme tenta-t-elle alors la délivrance? Je ne le sais, la patiente n'ayant pu me fournir aucun renseignement à cet égard. Toujours est-il que la délivrance ne fut pas opérée. La malade séjourna au lit, perdant un peu de sang et sans rien présenter qui attirât son attention du côté des organes génitaux.

Le 6 avril, c'est-à-dire sept jours après que le fœtus avait été expulsé, Mme D... éprouva de nouveau quelques douleurs hypogastriques, revenant périodiquement, et qui durèrent tout au plus

une demi-heure, puis un corps volumineux fut expulsé par la vulve. Il ressemblait, dit la patiente, à un morceau de foie et ne présentait aucune mauvaise odeur.

Les douleurs cessèrent dès que ce corps eut été expulsé. La malade, qui n'avait personne pour l'assister, se leva le jour même, malgré l'écoulement sanguin qui persistait. Dans la soirée, elle fut prise d'une perte sanguine très-abondante, avec expulsion de caillots volumineux.

Le lendemain, 7 avril, je vis Mme D... pour la première fois à 3 h. 1/2 de l'après-midi. La perte avait cessé depuis le matin 7 heures. Le pouls était à 80 et il n'existait d'autre trouble qu'un degré d'anémie très-prononcé.

Je prescrivis alors à la malade de garder le lit et je lui indiquai ce qu'elle aurait à faire en cas de retour de l'hémorrhagie.

9 avril. Pouls à 84. L'écoulement lochial est régulier (liquide roussâtre) et ne présente aucune fétidité. L'état général est très-bon. Il n'y a pas d'engorgement des seins. Mme D... demande à manger.

Le 15. La malade, qui n'a personne autour d'elle ponr lui donner des soins, s'est levée depuis le 10. Elle va très-bien, mais est encore très-pâle. Je donne du vin de quinquina et de la poudre de carbonate de fer.

Le 25. Les forces reviennent sensiblement. La décoloration des tissus est moindre. Cette femme a recommencé son travail.

10 mai. La malade va très-bien. Elle va continuer, néanmoins, quelque temps encore le vin de quinquina et les préparations ferrugineuses.

Cette observation soulève la question de l'influence fâcheuse des machines à coudre sur l'utérus en état de gravidisme. Le Dr Leblond la reconnaît puisqu'il indique le genre de travail de sa malade. Mais ce n'est pas là mon sujet actuel, revenons-y. Dans ce cas, l'expectation a été absolue et complète; car il n'est guère possible que, si la sage-femme de Mme D.... avait fait des tentatives d'extraction, celle-ci ne s'en fût pas aperçue. Si ces essais ont été faits, Mme D.... ne les aurait pas niés. Dans quel intérêt l'aurait-elle fait? La conséquence de cette expectation pure et simple a été une hémorrhagie, assez peu abondante pour que la vie n'ait pas été un instant en danger. Elle a causé seulement un peu d'anémie. Sans doute, il eût été préférable que le placenta sortît aussitôt après le fœtus; le rétablissement aurait été plus rapide. Mais le fait que

le délivre, — malheureusement, nous sommes obligés de nous contenter des affirmations de M[me] D...., le D[r] Leblond n'ayant pas vu le corps expulsé le 6 avril, — n'avait pas d'odeur, nous autorise à penser qu'il avait conservé des adhérences avec l'utérus, lesquelles lui ont permis de continuer à vivre. Et chacun sait la difficulté qu'il y a à séparer *complètement* (là seulement est le salut) un placenta adhérent après un avortement.

« On voit quelquefois des cas, dit Ramsbotham, où une portion du placenta est si fortement *cimentée* à la paroi utérine, qu'on ne peut absolument pas le séparer; j'ai même fait plus d'une autopsie dans laquelle je ne pouvais déterminer sur une coupe longitudinale de l'utérus, la ligne de démarcation entre l'utérus et le placenta, tant ils étaient fondus ensemble »

Ne vaut-il pas mieux dans ces cas, s'abstenir de tentatives qui seraient infructueuses, ce n'est encore rien; mais qui seraient dangereuses, ce qui est pire, en nous exposant à déchirer l'utérus. Ceci nous amène à la question du traitement.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE.

LETTRE SUR

L'ENSEIGNEMENT OBSTÉTRICAL DE VIENNE

A Monsieur le docteur Leblond,
Rédacteur en chef des *Annales de Gynécologie.*

Vienne, août 1876.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous avais promis l'an dernier de vous envoyer, lorsque je serais à Vienne, quelques détails sur la Faculté de médecine

de cette ville, en m'étendant plus particulièrement sur la manière dont y est *donné* et *organisé l'enseignement obstétrical* ; étant sur le point de quitter la capitale autrichienne, après y avoir fait un séjour de plusieurs mois, je me hâte d'accomplir ma promesse, trop heureux si la lecture de ces lignes peut offrir quelque intérêt aux lecteurs de votre estimable journal.

L'École de Vienne est incontestablement la plus importante des Facultés allemandes. Son corps enseignant ne comprend pas moins de 22 professeurs titulaires, 35 professeurs extraordinaires 53 privat-docenten et 37 assistants; aussi, toutes les branches de la médecine y sont-elles amplement représentées, et chaque spécialité enseignée à la fois par plusieurs professeurs. De plus, le matériel clinique mis à la disposition de la Faculté est immense; l'hôpital général où se font les cliniques est un ensemble de bâtiments qui contiennent environ 2,000 lits répartis de la façon suivante :

Maladies internes...........	687	lits
— externes..........	519	—
— des yeux..........	161	—
— des oreilles........	19	—
— syphilitiques........	321	—
— cutanées...........	138	—
— éruptives (variole)..	26	—
Choléra....................	18	—
Maladies mentales...........	60	—
Pour les malades payants....	31	—
Pour les étudiants malades...	20	—

Le nombre des malades traités en 1871 s'est élevé à 23,594.

Les chiffres qui précèdent, sont ceux qui ont été donnés par M. le directeur J. Hoffmann dans son travail intitulé « *Das Wiener allgemeine krankenhaus* » publié en 1873.

Des leçons cliniques sur les maladies de l'enfance sont encore faites dans l'hôpital des enfants, situé près de l'hôpital général.

En outre un grand nombre de consultations gratuites sont

données dans les différentes cliniques, généralement en présence des élèves, ce qui constitue une source également très-importante d'observation et d'instruction. Comme souvent, dans ces consultations, les mêmes cas se présentent, les assistants ont soin de n'envoyer au professeur que les malades offrant quelque intérêt clinique. En agissant ainsi on évite un long et inutile défilé. Le professeur examine avec un élève le cas présent, discute le diagnostic et donne quelques explications sur l'affection du malade, sans cependant s'y étendre longuement. Les leçons cliniques successives sur tel ou tel sujet déterminé, comme nous avons l'habitude d'en entendre en France, ne sont pas généralement en usage à Vienne.

La Maternité de Vienne se trouve dans l'hôpital général ; elle a une administration complètement indépendante et des fonds particuliers. Un directeur spécial et les professeurs des différents services d'accouchement en constituent le conseil d'administration. Comme installation, au point de vue des bâtiments, la maternité de Vienne ne présente rien de remarquable, tout y est de la plus grande simplicité ; les locaux sont anciens, mais il y règne une grande propreté et, quoique le nombre des femmes qui se trouvent dans ces salles, soit relativement très-considérable, il n'y a pour ainsi dire que peu ou pas d'odeur, grâce aux ventilateurs que M. le professeur Carl Braun a fait établir depuis une douzaine d'années dans toutes les salles.

La maternité contient 600 lits ; le nombre des accouchements s'est élevé pendant l'année dernière jusqu'à près de 8,000. En présence d'un nombre aussi considérable d'accouchements on comprend qu'il n'était pas possible à un professeur seul de faire tout le service, aussi a-t-on depuis quelques années, divisé la maternité de Vienne en trois cliniques. Deux de ces cliniques sont destinées aux élèves en médecine, MM. Carl Braun et Joseph Spæth en sont lés professeurs ; la troisième est pour les sages-femmes, M. le professeur Gustave Braun, le frère du précédent en est le titulaire.

Voici de quelle manière se fait la réception *des femmes en travail ;* le premier jour, supposons que ce soit un lundi, de 8 heures du matin à 8 heures du soir, les femmes en travail

seront envoyées à une des trois cliniques, disons pour préciser, à la I[e] Clinique, à celle de M. Carl Braun ; de 8 heures du soir à 8 heures du matin, à la II[e] Clinique, celle de M. Spæth, le mardi de 8 heures du matin à 8 heures du soir à la clinique des sages-femmes. La nuit du mardi au mercredi sera de nouveau destinée à la réception des parturientes pour la première clinique et ainsi de suite, de telle sorte que tous les trois jours, il y a réception le jour et toutes les trois nuits réception la nuit, dans chaque clinique. La durée du séjour des accouchées est de 10 jours, mais si une complication vient à entraver l'état puerpéral, les femmes sont naturellement gardées plus longtemps et placées dans une salle particulièrement destinée à ce but.

Quant à la *réception des femmes enceintes,* elle a lieu tous les jours, mais chaque jour dans une autre clinique de façon à ce que la réception coïncide avec le jour de la réception diurne des femmes en travail. Les femmes ne sont généralement admises, que lorsqu'elles sont dans le dernier mois de la grossesse, à moins de cas anormaux, alors l'admission a lieu d'urgence.

Voici quels ont été les résultats obtenus dans les différents services de la maternité de Vienne pendant ces douze dernières années. Je dois les *chiffres officiels* qui suivent à l'obligeance de M. le professeur Carl Braun qui a bien voulu me les communiquer quoique encore *inédits*. (Voir le tableau, p. 277.)

M. le D[r] Welponer l'un des assistants de M. le professeur Gustave Braun nous a fait remarquer que le commencement de l'année 1875 avait été très mauvais par suite d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait duré pendant les mois de janvier, février, mars et avril, et qui avait coïncidé avec un état très-défavorable des services chirurgicaux de Vienne, dans lesquels l'érysipèle avait fait de nombreuses victimes. Souvent à cette époque, les femmes en travail entraient à la clinique en présentant tous les symptômes d'une péritonite aiguë, avec une température dépassant 40°. Il est bon de ne pas oublier que cette année le froid avait été à Vienne extrêmement rigoureux et de longue durée. A partir du mois de mai 1875, l'épidémie cessa, le calme reparut..... Si l'on examine la statistique de la troisième clinique (prof. Gustave Braun), on trouve que

Accouchements et décès des femmes en couches observés à la Maternité de Vienne pendant les années 1864 à 1875 inclusivement.

	CLINIQUE DU PROFESSEUR CARL BRAUN *I. — Clinique pour les médecins.*				CLINIQUE DU PROFESSEUR JOSEPH SPŒTH *Clinique pour les sages-femmes.*			CLINIQUE DU PROFESSEUR GUSTAVE BRAUN			RESUMÉ GENERAL		
ANNÉES.	Accouchements.	DÉCÈS.	0/0	Nombre des étudiants qui ont pratiqué	Accouchements.	DÉCÈS.	0/0	Accouchements.	DÉCÈS.	0/0	Accouchements.	DÉCÈS.	0/0
1864	4.998	57	1.1	309	3.772	29	0.7	.....	...	...	8.770	86	0.9
1865	4.768	77	1.6	352	3.636	34	0.9	.....	...	...	8.404	111	1.25
1866	4.946	80	1.6	327	3.820	41	1.07	.....	...	...	8.766	121	1.35
1867	4.206	48	1.1	274	3.564	41	1.15	.....	...	...	7.770	89	1.1
1868	3.949	48	1.2	365	3.436	50	1.4	.....	...	...	7.385	98	1.3
1869	4.155	53	1.2	402	3.376	64	1.8	.....	...	...	7.531	117	1.5
1870	4.106	77	1.8	478	3.264	94	2.8	.....	...	...	7.370	171	2.3
1871	4.109	54	1.3	519	3.233	98	3.0	.....	...	...	7.342	152	2.15
1872	3.884	98	2.5	578	3.145	86	2.7	.....	...	...	7.029	184	2.6
					II. Clinique pour les médecins.			*III. Clinique pour les sages-femmes ouverte en octobre 1873.*					
1873	3.796	92	2.4	315	3.140	84	2.6	456	7	1.5	7.382	183	2.47
1874	3.797	70	2.5	308	2.527	137	5.4	2.468	104	4.2	7.792	312	4.04
1875	2.732	71	2.5	220	2.567	102	3.9	2.426	97	3.9	7.725	269	3.4
SOMME :	48.446	825	1.7		39.480	860	2 3	5.350	208	3.2	93.276	1.893	2.03

depuis le mois de juin 1875 au mois de juin de cette année la mortalité n'a été que de 0,3 p. 0/0.

L'enseignement obstétrical peut être divisé en deux parties, *clinique et pratique*; c'est sur cette dernière dans laquelle les assistants jouent un rôle important que je désire pour le moment attirer votre attention.

Peut-être ferais-je bien, avant d'aller plus loin, de vous donner quelques renseignements sur les fonctions et les devoirs des assistants en général ?

En Autriche, le professeur *choisit* lui-même, pour son futur assistant, le jeune homme qui lui paraît le plus apte à remplir les devoirs attachés à cette charge. L'assistant choisi par le professeur est proposé par le collége des professeurs au ministre de l'instruction publique qui le nomme pour quatre ans. Les assistants doivent être docteurs, ils demeurent à l'hôpital et ne peuvent être mariés. Leur traitement payé par le gouvernement est de 700 florins plus le logement, l'éclairage et le chauffage. Leurs fonctions dans les services sont à peu près celles de nos chefs de clinique, mais l'assistant doit en outre donner un cours dans lequel il fait faire aux élèves les exercices pratiques dont la théorie est enseignée par leur professeur ; ainsi, les assistants des services d'accouchements donneront un cours de médecine opératoire obstétricale, dans lequel les élèves feront les diverses opérations qu'ils auront vu pratiquer à la clinique.

Les élèves qui veulent suivre ces cours doivent s'inscrire auprès de l'assistant et payer une rétribution de 20 florins environ. Leur durée est en moyenne de six semaines ; ils ont lieu tous les jours. Quand un cours est fini, l'assistant en recommence un nouveau, de sorte que les auditeurs, se renouvelant sans cesse, ne sont jamais très-nombreux, condition extrêmement favorable pour permettre aux élèves d'opérer. Ces cours très suivis par les étudiants et par les docteurs étrangers sont un excellent complément de l'enseignement clinique donné par le professeur.

Les assistants sont actuellement : dans la Ie clinique (M. le prof. Carl Braun) MM. les docteurs Bandl et Riedinger ; dans la IIe clinique (M. le prof. Spæth) MM. les docteurs Massari et

Schouta; dans la III° division des sages-femmes (service de M. le prof. Gustave Braun), MM. les docteurs Welponer et Pawlick.

L'inscription au cours fait par les assistants est facultative, mais celle aux cours faits par les professeurs est obligatoire, car l'étudiant pour passer ses examens doit présenter un livret dans lequel il est constaté qu'il a suivi, pendant un semestre au moins l'une des deux cliniques d'accouchement. Ces élèves ainsi que les docteurs étrangers inscrits au cours du professeur sont groupés en *série* de quatre, de manière à ce que tous les jours il y ait deux séries, c'est-à-dire 8 élèves qui soient *pratiquants*.

La durée du service des élèves pratiquants est de 24 heures; il commence à partir de 2 heures, c'est-à-dire après le cours. L'élève, lorsque son jour de pratiquer est arrivé, doit déposer à la salle de travail, avant quatre heures du soir, sa carte d'inscription au cours, afin que l'assistant sache s'il est disposé à remplir les fonctions qui lui sont accordées. Si le nombre des pratiquants n'est pas complet, en d'autres termes, si les 8 cartes des élèves en série ne sont pas déposées sur la table de la salle de travail l'assistant le complètera à sa contre-visite du soir en prenant des *réservistes*. Les réservistes sont des étudiants qui n'étant pas des séries et désirant suivre néanmoins des accouchements se sont inscrits à la visite du matin sur une liste spéciale; l'assistant commencera toujours, pour compléter les vides, par prendre les premiers inscrits, de sorte que celui qui désirera s'occuper plus particulièrement d'accouchements, devra tâcher d'arriver assez exactement à la visite du matin pour mettre son nom à la tête de la liste, au moment où elle est ouverte chaque jour, à cet effet, par l'assistant qui y appose sa signature. En agissant ainsi, il est presque sûr d'être pratiquant adjoint, car rarement, la série des pratiquants est tout à fait complète.

Le pratiquant a le droit de rester dans la salle de travail, d'y examiner toutes les femmes qui s'y trouvent; or comme la salle de travail contient 17 lits et que parfois, en hiver surtout, tous les lits sont occupés, il trouve là une grande source d'observation. Un cas anormal vient-il à s'y présenter, l'élève qui l'aura diagnostiqué, inscrira son nom sur la pancarte qui se trouve

au-dessus du lit de la parturiente, l'assistant de service, toujours à l'hôpital, fera l'opération, ou, s'il en juge l'élève capable, il la lui laissera faire sous sa direction. Quand la réception a lieu la nuit, les élèves pratiquants peuvent rester à l'hôpital ; une salle avec des divans leur est réservée et lorsqu'un cas particulier se présente, on les en prévient.

Outre cela, il y a, comme je vous l'ai dit, tous les trois jours *réception des femmes enceintes*. Tous les élèves peuvent y assister et examiner les femmes qui s'y présentent. La réception est faite par l'assistant à la contre-visite du soir ; les élèves peuvent palper et ausculter les femmes gravides, avant l'arrivée de l'assistant, mais ils ne peuvent les toucher qu'après que l'assistant les a examinées. Quand quelque anomalie se présente, l'assistant donne aux élèves les explications qu'il croit nécessaires. Dans cet examen qui se fait, la femme étant toujours couchée, le palper joue un rôle important pour le diagnostic de la présentation et de la position. L'auscultation est pratiquée en appliquant directement l'oreille sur le ventre de la femme ; le stéthoscope, contrairement à ce qui se fait en France, n'est que très-exceptionnellement employé.

Les plus grandes précautions sont prises pour éviter l'infection des femmes par le toucher ; non-seulement les lavabos contiennent de l'eau phéniquée, mais on se sert encore de glycérine phéniquée pour procéder à l'exploration digitale ; outre ces précautions, on a encore soin avant de faire une manœuvre obstétricale de passer ses mains dans une solution de permanganate de potasse ou dans de l'eau salicylée (1 : 500).

Le service de la salle de travail est fait par cinq sages-femmes spécialement attachées à chaque division, mais elles n'ont que le droit de faire les accouchements normaux, un cas anormal quelconque se présente-t-il, elles doivent immédiatement en avertir l'assistant de service. Il est du reste à remarquer que dans les cours qui sont faits, tous les jours aux élèves sages-femmes, tant par le professeur que par l'assistant, la médecine opératoire n'est qu'indiquée alors que, par contre, on insiste longuement sur les cas dans lesquels elles devront réclamer l'assistance du médecin. En Autriche toute intervention

n anuelle, à moins d'extrême urgence, leur est absolument interdite. La durée de leurs cours est de cinq mois, elles doivent avoir au moins 24 ans et de ne pas dépasser 45. Une exception à cette règle n'est que très-rarement accordée par le ministre de l'instruction publique.

L'enseignement clinique proprement dit est donné aux étudiants de la manière suivante : le professeur examine le matin avec ses assistants les malades de son service. Il revient à midi et cinq fois par semaine il fait une leçon clinique de midi à une heure.

Les éleves qui s'inscrivent à sa clinique doivent payer 10 florins par semestre. En général les taxes des cours sont réglées de telle sorte que l'élève doit verser autant de florins que le professeur donne d'heures de cours en une semaine ; ainsi ceux qui n'ont que cinq heures de cours par semaine ne recevront que 5 florins par élève. Pendant la clinique, le professeur parle des différents cas de son service, fait les opérations nécessaires, ou laisse un de ses assistants opérer devant les élèves, ou bien encore, ainsi que nous l'avons vu quelquefois, il fait opérer un élève. Parfois lorsqu'il ne se présente rien de particulier, le professeur traite brièvement quelques points de l'obstétrique, mais ce qui domine dans l'enseignement obstétrical de Vienne (j'ai surtout présent à l'esprit le service de M. le professeur Carl Braun) c'est la partie pratique. Cette clinique excellente pour un docteur, n'est assurément pas aussi profitable à l'étudiant, l'élève y voit beaucoup de cas, mais, par le fait, la partie théorique y est un peu délaissée, d'autant plus qu'en Autriche, vous le savez, il ne se fait pas de cours théorique d'accouchements. Toutefois je m'empresse d'ajouter, que si pendant le semestre, vu sa brièveté, la partie théorique est un peu mise sur le second plan, c'est que le professeur tient surtout à être pratique, à montrer le plus de cas possible, se réservant de traiter la partie théorique pendant le semestre d'hiver qui est beaucoup plus long. Il résulte de là que la clinique de M. le professeur Spœth, beaucoup plus théorique, est surtout suivie par les étudiants, alors que les docteurs et

les étrangers se font plus particulièrement inscrire à celle du professeur C, Braun.

On comprend que dans une maternité aussi importante que celle de Vienne, les cas anormaux doivent être fréquents, cependant il m'a semblé que relativement au nombre des accouchements, les cas pathologiques étaient plus nombreux à la clinique de Paris, ce qui se comprend facilement, car on envoie à la clinique du professeur Depaul un grand nombre d'accouchements qui n'ont pu être terminés en ville, il est aussi à remarquer qu'à Paris les bassins rachitiques sont plus nombreux qu'à Vienne.

Je n'ai pas l'intention, M. le Rédacteur, de vous donner dans cette lettre l'exposé des doctrines de l'école de Vienne, ni de vous faire la description des différents instruments inventés ou modifiés par M. le professeur Carl Braun, description qui se trouve dans tous les traités d'accouchements ; qu'il me suffise de vous dire que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir les bons services que pouvait rendre le cranioclaste, soit pour l'extraction de la tête après la craniotomie, soit encore pour l'extraction de certaines tumeurs fibreuses volumineuses que l'on ne parvenait à saisir que très-difficilement avec le forceps ou bien avec le céphalotribe.

Un service *de Gynécologie*, dépendant de l'administration de l'hôpital général, se trouve annexé à la clinique de M. le professeur C. Braun et à celle de M. le professeur Spœth..

Ces services, contenant chacun environ 22 lits, sont également destinés à l'enseignement clinique, auquel ils fournissent un important contingent. Celui de M. le professeur C. Braun, renferme plus particulièrement des cas appartenant à la gynécologie chirurgicale ; car, outre un certain nombre de tumeurs fibreuses, de processus inflammatoires, puerpéraux, etc., que l'on rencontre dans toute salle de gynécologie, le service de M. le professeur C. Braun est particulièrement riche en fistules vésico-vaginales, surtout depuis le passage à Vienne du professeur Bozeman. Ce sujet était particulièrement intéressant pour moi, qui avais assisté mon père dans ces opéra-

tions difficiles et délicates, sur lesquelles il a publié divers travaux. Plusieurs des fistules que j'ai vues sont extrêmement considérables et très-difficiles à opérer; on continue encore avec patience, pour quelques-unes d'entr'elles, la préparation à l'opération, d'après la méthode du célèbre chirurgien américain, préparation commencée déjà depuis plusieurs mois. Toutes ces fistules sont opérées dans le service du professeur C. Braun, en suivant la manière de faire de M. Bozeman, telle qu'elle a été résumée par M. le Dr Bandl, dans un travail publié en décembre 1875 dans la « *Wiener medicinische Wochenschrift.* » Il ne m'appartient pas de juger une méthode qui, entre les mains de l'inventeur, donne de brillants résultats, mais il n'est pas douteux que la dilatation vaginale préalable, par des boules de différentes grosseurs, constitue un progrès important dans l'art de guérir une infirmité si pénible aux malheureuses qui en sont atteintes. Nous avons vu, dans le service de M. le professeur C. Braun, des fistules dans des vagins rétrécis par des brides cicatricielles qui avaient été rendues opérables, alors que toute tentative opératoire aurait été impraticable sans cette dilatation, adoptée du reste à Vienne par la plupart des chirurgiens qui s'occupent du traitement des fistules vésico-vaginales.

Outre ces deux salles de gynécologie, M. le professeur Salzer a, dans son service chirurgical, une salle de 20 lits, essentiellement destinée aux affections des voies génito-urinaires de la femme. Là encore, nous avons vu un certain nombre de fistules vésico-vaginales. Le professeur Salzer emploie également la dilatation successive, mais il opère en couchant ses malades sur le dos et en se servant de la table d'Ulrich à laquelle se trouvent fixés un spéculum et deux écarteurs de la vulve, ce qui diminue considérablement le nombre des aides *nécessaires*.

Nous avons vu dans son service, ainsi que dans ceux de MM. les professeurs Billroth et Mosetig (ce dernier suppléant M. le professeur Dumreicher, qui pour cause de santé avait été obligé de s'éloigner de Vienne pendant l'hiver), plusieurs femmes opérées de tumeurs de l'ovaire en voie de guérison complète.

Telle est, Monsieur le Rédacteur, le résumé des impressions que m'a laissées mon séjour à Vienne ; si j'ai plus particulièrement insisté sur la manière dont *on suit* les accouchements à la maternité de cette ville, c'est que je crois cette organisation bonne, pratique et capable de rendre de grands services aux élèves ; il m'a paru opportun de la faire connaître en France, au moment où l'on s'occupe de réorganiser cet enseignement à Paris à l'occasion de la construction de la nouvelle clinique obstétricale.

Je ne voudrais pas terminer cette lettre sans vous dire combien a été bienveillant et hospitalier l'accueil que j'ai trouvé à la Faculté de Vienne et particulièrement au près de MM. les professeurs Carl Braun, Dumreicher et Mosetig, puissé-je par ces lignes, leur en témoigner ma vive et bien sincère gratitude.

Agréez, M. le Rédacteur, etc.....

Dr ALPHONSE HERRGOTT.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE SUR LES DÉCHIRURES DU VAGIN ET DU PÉRINÉE PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

Dans un remarquable travail, le Dr Mathews Duncan, démontre qu'au point de vue anatomique, l'orifice vaginal et le périnée sont deux choses essentiellement distinctes; il déclare que le premier est inévitablement lésé du plus au moins chez

(1) 1° Remarques sur les déchirures du vagin et des parties voisines chez les primipares. 2° Sur la rupture du périnée et spécialement de la lésion du périnée et de la cloison recto-vaginale, suite de gangrène. (Mémoires du Dr Q. Mathews Duncan, lus à la Société obstétricale d'Edimbourg, les 26 janvier et

les primipares; tandis que le second échappe fort souvent à toute lésion.

Schrœder (1) partage la même opinion, il déclare que l'on trouve constamment chez les primipares de petites déchirures de la muqueuse de l'orifice vaginal; tandis que la fourchette est intacte chez les primipares dans la proportion de 39 p. 100 accouchées. Quand la tête a franchi les ligaments pelviens et dépassé la ceinture osseuse, on dit généralement qu'elle est retenue par la périnée qui reste rigide; l'auteur pense que dans bon nombre de cas chez les primipares, cela tient à un défaut d'extension non pas du périnée, mais bien de l'orifice vaginal. Cet obstacle nécessite par fois l'application du forceps qui peut se faire sans déchirure du périnée, mais non sans lésion de l'orifice vaginal. L'auteur arrive à ces conclusions en se basant sur l'observation des faits et des données anatomiques.

Chez les primipares, il est facile de distinguer l'orifice vaginal, en observant les débris de l'hymen plus ou moins lésé par les rapports sexuels; la grande circonférence de cet organe ou son insertion vaginale, est la limite exacte du vagin, l'urèthre touche à son bord supérieur tandis que sur les côtés, les petites lèvres sont à une distance assez considérable de l'orifice. En arrière près du bord postérieur de l'orifice, on remarque les ouvertures des glandes de Cowper dans la fosse naviculaire, cavité située entre l'orifice vaginal et la fourchette ou bord anterieur du périnée; cette cavité n'affecte aucune forme déterminée mais prend celle qu'on lui donne en écartant les grandes lèvres; elle présente alors une excavation assez vaste pour admettre le bout de l'auriculaire. Les grandes lèvres ne sont pas unies entre

---

9 février 1876, tirés de l'*Obstetrical journal*, nos d'avril et mai.) 3° Mémoire du Dr James Young, sur la déchirure du périnée, lu à la Société obstétricale d'Edimbourg, séance de novembre 1875. (*Obstetrical journal*, mars 1876.) 4° *Société de chirurgie de Paris*, séance du 5 avril 1876. Rapport du Dr Guéniot, sur le travail du Dr Jude Hue: *Etude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète.*

(1) Schrœder, *Manuel d'accouchements*, traduction du Dr H. Charpentier, p. 602.

elles postérieurement, mais se terminent abruptement en s'unissant au périnée qui forme leur commissure postérieure; le bord antérieur de cette commissure porte le nom de frein ou fourchette. L'auteur croit utile de rappeler ces données anatomiques, afin de distinguer nettement les lésions du vagin de celles du périnée.

Après un travail normal, l'hymen est détruit en totalité ou en partie. Si les orifices des glandes de Cowper ne sont pas visibles, il est impossible de tracer exactement la limite de l'orifice vaginal et de distinguer la fourchette des bords de cet orifice. Che une multipare, cet orifice étant donc à peine reconnaissable, il est impossible de dire que c'est lui qui retient la tête par sa rigidité, dans ce cas, c'est la vulve et non l'orifice vaginal qui fait obstacle au dégagement de la tête.

Chez les primipares, au contraire, il est important de distinguer les déchirures de l'orifice vaginal de celles du périnée, elles peuvent être une cause d'infection, et celles de la partie antérieure au vagin sont parfois la cause d'hémorrhagies, qui dans certains cas exceptionnels, peuvent donner la mort lorsqu'elles s'étendent jusqu'au clitoris; enfin, celles de la partie postérieure du vagin sont quelquefois l'origine de lésions plus considérables auxquelles elles prédisposent, même pour un prochain accouchement. Ces lésions doivent aussi être distinguées des déchirures longitudinales plus ou moins profondes, produites par un excès de distension du vagin.

Passant au mécanisme, l'auteur ajoute, que lorsque chez une primipare, la tête a distendu le périnée, elle est arrêtée par l'orifice vaginal. Pendant les douleurs, la tête est projetée contre cette ouverture à peu près dans la direction de son axe; une partie de la force agit sur l'orifice vaginal qu'elle cherche à dilater, à distendre ou à briser. Si l'orifice ne se laisse pas dilater, il sera projeté en avant et le périnée s'allongera, toutes les parties de la circonférence de l'orifice seront projetées en avant, et distendues à peu près également. C'est à ce moment que se produira constamment une déchirure plus ou moins considérable en arrière de l'orifice, près de la ligne médiane. Toujours en

écartant les grandes lèvres chez les primipares, on trouve une déchirure de la partie postérieure de l'orifice, si l'on a soin de faire cet examen sérieusement, en se servant d'un éclairage suffisant et d'une éponge.

Les déchirures de l'orifice vaginal sont souvent le premier degré des déchirures plus étendues de la fourchette ou du périnée, quoique ces dernières ne débutent pas toujours par une déchirure du vagin ; il existe, en effet, des lésions du périnée indépendantes de celles du vagin, les ruptures centrales par exemple.

Outre la déchirure postérieure du vagin, on en trouve quelquefois d'autres situées sur les côtés de l'orifice, ces déchirures peuvent s'étendre aux petites lèvres et donner lieu à une hémorrhagie assez abondante ; le côté gauche est plus fréquemment lésé que le droit, ce qui s'explique par le mécanisme de l'accouchement dans la première position. La tubérosité droite se dégage la première, et quand la gauche passe elle exerce une pression plus considérable que la première sur l'orifice, les parties qui se présentent alors au passage possèdent un volume plus considérable.

Les déchirures du bord antérieur sont parmi les plus importantes, à cause des hémorrhagies auxquelles elles donnent lieu, ces déchirures se produisent avant le dégagement de la tête, sans que le mécanisme en soit encore bien nettement expliqué. Les déchirures du vestibule s'étendant en arrière jusque sur les côtés de l'urèthre et en avant jusqu'au clitoris, sont rares et n'intéressent pas en général l'orifice vaginal. (Klaproth, Winckel cités par Schroëder (1). Tyler Smith et Muller, cités par Barnes (2), ont rapporté plusieurs exemples d'hémorrhagies mortelles, survenues à la suite des lésions du clitoris).

La déchirure de l'orifice vaginal constante chez les primipares présente, suivant le Dr Duncan, la forme d'un triangle

(1) Schrœder, *loc. cit.*, p. 602.

(2) Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales*, traduction du Dr Cordes p. 229.

dont le sommet, le premier lésé est à l'orifice vaginal et dont la base est dans l'intérieur du vagin. Si la tête du fœtus se retire après que la lésion s'est produite et que les parties ne soient plus distendues, les bords de la lésion se rapprochent. Si le retrait de la tête est peu considérable et qu'il reste un peu de distension, la blessure plus superficielle, présentera une forme losangique dont les quatre angles sont situés : un immédiatement en arrière de la fourchette, un second plus haut dans le vagin sur la ligne médiane, et les deux autres sur deux points du bord de l'orifice vaginal primitivement identiques, mais actuellement légèrement distants l'un de l'autre. Après l'accouchement, la lésion ne présente plus que des dimensions peu considérables, mais il est possible en séparant les grandes lèvres de lui retrouver les caractères précédemment décrits.

En terminant, l'auteur insiste sur les causes de ces déchirures ; il pense avec bon nombre d'accoucheurs qu'il existe dans certains cas :

1° Une *altération des tissus* qui les empêche de résister aux déchirures. Chez quelques femmes, les syphilitiques par exemple, le fait semble démontré.

2° *La rapidité de l'accouchement* est une seconde cause prédisposante ; tout le monde s'accorde à dire que les organes rapidement distendus se déchirent plus facilement que ceux qui le sont graduellement et peu à peu.

3° *La force de la pression* exercée par le fœtus est aussi un élément important de la question ; cette pression s'exerce au moyen de la tête de l'enfant qui représente un coin émoussé, plus le coin sera pointu, plus la pression sera forte. Plusieurs circonstances peuvent faire varier ce caractère, le chevauchement des os, la petitesse de la tête, ce qui explique le fait avancé par Hecker, que le volume de la tête n'est pas en proportion directe avec la fréquence des déchirures.

4° *La direction* de la force, doit aussi être prise en considération, elle produit une pression plus considérable sur les parties postérieures de l'orifice ; celles qui ont en même temps à subir la dilatation la plus considérable. (Quelques auteurs se fondant

sur ce caractère, ont fait jouer un rôle important au décubitus dorsal et au peu d'inclinaison du bassin dans la production de ces déchirures).

5o Enfin, les autres causes étant égales d'ailleurs, ce sont les parties les plus faibles qui seront les premières lésées, c'est-à-dire les parties postérieures et médianes de l'orifice vaginal.

Suivant l'auteur, la déchirure postérieure de l'orifice vaginal étant inévitable, il n'y a aucun traitement préventif possible ; ce qu'il faut éviter ce sont les autres déchirures de l'orifice, il faut aussi empêcher la première de s'étendre au delà des limites ordinaires, en agissant sur deux des causes qu'il vient de mentionner, c'est-à-dire sur le temps et la direction ; sur le temps en prévenant l'expulsion précipitée de l'enfant, sur la direction en soutenant le périnée.

Dans la discussion qui suivit cet important travail, plusieurs auteurs ne partagèrent pas entièrement l'avis du Dr Duncan, sur la fréquence des déchirures de l'orifice vaginal, et le Dr Gordon, émit l'opinion que l'âge devait influer aussi sur la fréquence des déchirures ; opinion combattue par la majorité des assistants.

Le professeur Simpson, dit qu'outre les lésions de l'hymen et du vagin sur lesquelles le Dr Duncan, venait d'insister et qui avaient déjà été décrites par Bellieu et d'autres auteurs, il existait souvent une déchirure ou fissure de la fourchette laissant l'orifice vaginal ouvert au milieu de son bord postérieur. Cette lésion rend très-difficile la détermination exacte du vagin, qui ne peut se faire alors que par la situation des glandes de Bartholin, des caroncules myrtiformes et des bords du constricteur du vagin.

Dans un second travail présenté à la réunion de février de la Société obstétricale d'Edimbourg, le Dr Duncan, s'occupe de nouveau de la rupture du périnée et surtout de la division du périnée et de la cloison recto-vaginale, par la compression de la tête, suivie de la mortification des tissus.

Suivant lui, dans la majorité des cas, la déchirure commence par le bord antérieur du périnée et la fourchette, sa portion la plus faible. Une fois commencée, la déchirure s'étend plus ou

moins loin à travers des parties qui auraient conservé leur intégrité, si la portion antérieure n'avait pas été lésée.

Laissant de côté ces cas, il rapporte trois cas de *déchirures centrales*, suite de distension exagérée et de mortification consécutive des tissus. Dans un des cas, on remédia promptement à l'accident au moyen de points de suture, les deux autres furent opérés longtemps après l'accident. Ces trois cas se terminèrent par une guérison complète. Dans les deux premiers cas, la déchirure succéda à une mortification de la peau de la partie centrale du périnée et des parties molles ; le dernier est beaucoup plus extraordinaire, la lésion qui survint après l'accouchement étant beaucoup plus considérable et plus difficile à expliquer. En effet, sept jours après l'accouchement, on n'avait observé qu'une déchirure ordinaire, sans lésion du sphincter anal et plus tard, sans cause nouvelle appréciable, on observa une division complète du périnée, du sphincter, et de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale. Ce cas parut au professeur Simpson, comme à l'auteur être à peu près unique en son genre.

L'*étude du traitement des déchirures du périnée* a aussi été dans ces derniers mois l'objet de plusieurs travaux et de discussions intéressantes. Nous voulons nous borner ici à résumer ce qui a été dit sur le traitement immédiat, alors que la déchirure est récente et sur l'époque à laquelle il convient d'opérer ; renvoyant pour l'étude des divers procédés mis en usage à l'excellente thèse de M. Emmanuel Bourdon (1), à la traduction française de Churchill, par Wieland et Dubrisay (2), et au travail récent du Dr Jude Huë. La discussion qui eut lieu à la Société obstétricale d'Edimbourg, en novembre 1875, fut introduite par un travail du Dr James Young, sur deux cas, l'un de rupture incomplète sans déchirure du sphincter anal, l'autre de rupture complète avec déchirure du sphincter anal et de la cloison recto-vaginale dans une étendue de neuf centimètres.

(1) *Des anaplasties périnéo-vaginales*, Paris, 1875).
(2) *Traité pratique des maladies des femmes*, Paris, 1874.
(3) Jude Huë, *Etude sur la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète*.

Dans ces deux cas, il a employé la suture entrecoupée moins d'une demi-heure après l'accouchement. Sept points de suture, le rapprochement des cuisses au moyen d'un bandage, l'évacuation de l'urine par la sonde et l'administration de l'opium, pendant six jours, furent nécessaires, dans le second cas qui se termina par la guérison complète, et même la restauration de la cloison recto-vaginale.

L'auteur après ces deux observations termine en disant que dans les cas simples, lorsque le sphincter vaginal seul est atteint, des soins de propreté sont seuls nécessaires; dans les cas plus sérieux, au contraire, et surtout dans les cas de déchirure complète, la suture entrecoupée lui paraît d'une extrême importance, pour favoriser la réunion par première intention. De fréquents nettoyages, le cathétérisme toutes les 12 heures sont nécessaires, de même que le rapprochement des cuisses et le maintient de la constipation au moyen de l'opium.

Plusieurs orateurs, les Drs Carmichael, Ritchie, Ballantyne, Simpson et Macdonald, partagèrent l'opinion du Dr Young, sur l'utilité des sutures entrecoupées, appliquées dans les douze heures qui suivent l'accouchement, au plus tard.

Le docteur Simpson ajoute que, dans les cas où l'opération n'est pas pratiquée dans les 24 heures, la périnéorrhaphie ne doit être tentée qu'après la terminaison de la lactation. Les Drs Bruce, Milne, et d'autres pensent enfin que la suture n'est nécessaire que dans les cas de rupture complète et que dans les cas de déchirure incomplète, des soins de propreté et une position convenable sont seuls nécessaires.

Il est intéressant de voir, en suivant la discussion de la Société de chirurgie du 5 avril 1875, des opinions analogues exprimées par la majorité des chirurgiens Français; seulement, tandis que les Ecossais et les Anglais, le Dr Barnes (1), entr'autres, préfèrent les sutures aux serres-fines, les français font habituellement usage de ces dernières qu'ils recommandent, surtout, dans les cas de rupture incomplète.

---

(1) Dr Barnes, *loc. cit.*, p. 330.

M. Guéniot, rappelle que sur six cas d'applications de serres fines publiés par Danyan, un seul échoua, il s'agissait d'une rupture complète du périnée et du sphincter anal ; les cinq autres étaient des observations de déchirure incomplète.

M. Blot, cependant dans un cas de déchirure complète, a appliqué *une* serre-fine sur la portion vulvaire de la déchirure et a vu la réunion se faire à ce niveau puis marcher d'avant en arrière jusqu'à la région anale, de sorte qu'au bout de 18 jours, la réunion était complète. MM. Désormeaux et Guyon, ont obtenu d'excellents résultats avec les serres-fines. M. Trelat, par contre, cite deux cas de *rupture complète* dans lesquels il essaya les serres fines sans succès ; enfin, M. Pollaillon, fait remarquer avec raison que certaines malades ne peuvent supporter le pincement occasionné par ces instruments. Disons en terminant que, tandis qu'en Allemagne le Dr Schrœder (1) est aussi grand partisan des sutures, le Dr Charpentier, son traducteur pense avec bien d'autres chirurgiens français, que les soins de propreté et le rapprochement des cuisses suffisent dans la majorité des cas de rupture incomplète, pour amener la réunion par première intention. Quant à l'époque à laquelle il convient de pratiquer la périnéorrhaphie, alors que les accouchées n'ont pu être traitées immédiatement après l'accident, nous retrouvons avec quelques divergences les mêmes opinions que celles formulées par le Dr Simpson. M. Verneuil pense qu'il faut attendre de 5 à 6 mois, et a vu des accidents péritonitiques survenir dans un cas où il pratiqua l'opération deux mois et demi après l'accouchement. MM. Trélat et Polaillon, donnent le conseil d'attendre jusqu'au quatrième mois après l'accouchement.

Dr Edouard MARTIN.

(1) Schrœder, *loc. cit.*, p. 604-605.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas d'abcès du tissu cellulaire rétro-utérin. — *Elongation hypertrophique du col de l'utérus; complication d'abcès rétro-utérin d'origine ancienne et de pelvi-péritonite.* — *Généralisation de la péritonite. Mort.* Par le Dr Naudier (1).

X...., femme de 34 ans, mariée, mais sans enfants, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Elle est très-souffrante, se soutient à peine. Son pouls est petit et serré; facies abdominal, teint jaune terreux. Elle se plaint d'une chute de matrice, sans vérifier ce dernier fait, on admet cette femme dans le service de M. Cusco, vu la gravité de son état général.

Antécédents. La malade raconte qu'elle a déjà éprouvé les mêmes symptômes, il y a un an. Elle se fit admettre à l'hôpital Beaujon et fut traitée par la saignée. Depuis cette époque, elle a constamment souffert du bas-ventre; le col était apparu à la vulve.

Les douleurs augmentaient à chaque époque menstruelle, les règles venaient du reste régulièrement. La contipation était habituelle.

Etat actuel. Le lendemain de l'entrée de cette femme à l'hôpital, M. Cusco procéda à l'examen détaillé et constata les symptômes suivants:

Le col de l'utérus fait saillie à la vulve; son aspect extérieur ne présente aucune particularité anormale. En pratiquant le toucher, on trouve les culs-de-sac vaginaux libres et à la profondeur normale; on constate, en outre, que la vessie est restée en place et n'a point été entraînée.

Il s'agit donc, non pas d'un abaissement de la matrice, mais bien d'une *élongation hypertrophique de la portion vaginale du col.*

La preuve en est donnée par le cathétérisme utérin. Celui-ci est pratiqué par M. Cusco avec douceur et les plus grandes précautions; il ne présenta, du reste, aucune difficulté et ne fut suivi d'aucun écoulement sanguin. La sonde utérine pénétra à une profondeur de 12 centimètres.

La nuit suivante, les symptômes généraux s'aggravèrent: la malade eut des vomissements fréquents, verts porracés. L'abattement est plus prononcé, les douleurs abdominales sont plus vives et plus

(1) Extrait du *Progrès médical* du 7 octobre 1876.

étendues. M. Cusco pratique le toucher rectal et ne trouve rien de particulier.

Le lendemain, les choses ne firent qu'empirer et la malade mourut pendant la nuit.

NÉCROPSIE. — *Péritoine.* Vascularisation légère, étendue aux feuillets pariétal et vicéral. Toute la masse intestinale plongeant dans le petit bassin, est réunie par des fausses membranes concrètes (péritonite ancienne).

Rectum. La muqueuse est lisse et exempte de toute espace d'altération ; à sa partie antérieure, à 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus, se trouve un orifice nettement circulaire ; la muqueuse rectale semble se continuer sur les bords de ce dernier, et ce travail d'organisation indique une origine ancienne. — En introduisant un stylet dans cet orifice, on pénètre dans une poche purulente qui a dû se vider par le rectum.

Cet abcès est limité, en avant : 1° par le vagin sur une étendue de 3 centimètres, à l'endroit où se forme son cul-de-sac postérieur ; 2° par la face postérieure de l'utérus, laquelle est disséquée jusqu'a niveau du bord supérieur de la matrice, c'est-à-dire sur une étendue de 4 à 5 centimètres en arrière, par la face antérieure du rectum sur une longeur de 8 centimètres, nous venons de décrire la perforation existant dans cette paroi.

Latéralement, la collection purulente avait fusé dans le tissu cellulaire du petit bassin, en disséquant les parois du vagin : il existe donc de chaque côté un véritable diverticulum, à parois irrégulières, anfractueuses, communiquant largement avec le foyer principal. Le diverticulum de gauche est le plus prononcé.

Supérieurement, l'abcès est limité par une anse intestinale dirigée transversalement et fortement agglutinée, par des fausses membranes concrètes, à l'utérus en avant et au rectum en arrière.

Inférieurement, la poche purulente se termine par l'angle formé par la séparation des parois rectales et vaginales, disséquées en haut par la suppuration et restant réunies en bas. — En somme, cet abcès est très-nettement circonscrit ; les parois de la poche sont assez résistantes pour permettre de supposer une affection ancienne et parfaitement localisée.

Vagin. Le cul-de-sac vaginal postérieur est très-développé ; le col de l'utérus, mesuré postérieurement depuis son origine jusqu'au fond du cul-de-sac, présente une longueur de 7 centimètres et demi. Le cul-de-sac antérieur est beaucoup moins prononcé qu'à l'état normal ; de plus, il importe ici de faire ressortir une particularité intéressante : En avant, l'hypertrophie a porté à la fois sur les portions sus et sous-vaginales ; il en résulte que le bas-fond de la vessie est attiré en bas et contracte des rapports très-immédiats avec la portion anté-

rieure et supérieure du museau de tanche. La paroi antérieure du vagin est également repoussée en bas et tapisse cette même partie supérieure du col en présentant de nombreux plis transversaux.

Ovaires. — L'*ovaire droit* présente une excavation provenant d'une dégénérescence kystique. — *Ovaire gauche.* L'abcès que nous avons décrit plus haut arrivait latéralement jusqu'à l'ovaire dont le bord inférieur se trouve disséqué par la collection purulente. Son parenchyme est sain.

Utérus. Le *col* est très-allongé, en forme de pénis. L'orifice externe est normal ; la partie inférieure de la muqueuse présente des érosions légères et un aspect violacé ; la partie supérieure de la muqueuse est, au contraire, pâle, d'un aspect blanchâtre et ne présente pas d'érosions. La démarcation entre ces deux portions est très-nette ; cette disposition tient évidemment à l'action de l'air et de ses agents intérieurs qui ont amené une inflammation légère des parties restant habituellement hors du vagin.

La *circonférence du col* mesure : inférieurement 9 centimètres et demi, supérieurement 15 centimètres. — La forme du col est donc, en apparence, *conique*, mais il ne faut pas oublier que le vagin et la vessie ont été entraînés plus ou moins en bas et se trouvent compris dans la mensuration de la circonférence du col.

La *longueur totale de l'utérus* (mesurée de l'orifice externe au bord supérieur) est de 13 centimètres.

La *longueur du col* (prise de l'orifice externe à l'insertion vaginale postérieure) est de 7 centimètres.

La *longueur du col de l'utérus* est de 6 centimètres.

L'examen histologique du col utérin, fait par M. Renaut au laboratoire du Collége de France, a montré qu'il s'agit là d'une hypertrophie ayant porté également sur les divers éléments du col sans aucune formation néoplasique (1).

Cette observation est intéressante à plusieurs titres ; nous n'insisterons ici que sur l'*abcès rétro-utérin*, ou, pour être plus exact ; sur la poche assez bien organisée ayant autrefois contenu le pus, car celui-ci s'était presque complètement écoulé par le rectum.

Il n'existait donc plus de tumeur à proprement parler; aussi, malgré l'exploration attentive de l'utérus, des culs-de-sac vaginaux et du rectum, cette affection n'a-t-elle pas été reconnue sur le vivant.

La malade étant morte peu de temps après son entrée à l'hôpital, nous n'avons pu obtenir sur elle que des détails incomplets, et nous

---

(1) La pièce a été présentée par M. Naudier à la Société anatomique.

ignorons le mode de début et la cause de cet accident, ainsi que l'époque à laquelle cette collection purulente s'est vidée dans l'intestin.

Quoi qu'il en soit, l'examen nécroscopique nous a démontré qu'il s'agissait ici d'un *abcès rétro-utérin* compliqué de *pelvi-péritonite*. La dernière de ces deux affections ne nous semble avoir été que secondaire pour les raisons suivantes: d'une part, la collection purulente descend à trois centimètres au-dessous de l'insertion vaginale, et l'orifice par lequel elle s'est vidée se trouve placé tout à fait à la partie inférieure du rectum, d'autre part, — et ce fait nous semble surtout démonstratif — les annexes de l'utérus et les parties avoisinant le cul-de-sac péritonéal ne sauraient être considées comme ayant été l'origine d'une inflammation péri-utérine.

Les ovaires, dont les altérations amènent si souvent la suppuration du tissu cellulaire pelvien ne sauraient être mis ici en cause; l'ovaire droit ne contractait en effet aucun rapport avec la collection purulente et l'ovaire gauche, dont le bord inférieur était disséqué par celle-ci, était exempt de toute espèce de lésion anatomique.

REVUE CLINIQUE

Oblitération complète de l'orifice externe du col de l'utérus chez une femme primipare ; hystérotomie vaginale ; guérison.

Par M. le Dr Pilat (de Lille).

Les cas d'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, publiés dans les recueils périodiques, sont encore assez rares, pour que nous tenions à faire connaître le fait qu'il nous a été donné d'observer tout récemment, d'autant plus que, parmi ces cas, plusieurs ont été contestés et d'autres n'offraient réellement qu'une simple agglutination des bords de l'orifice, qu'il a suffi de détruire, au moyen du doigt ou d'une sonde, pour faciliter la dilatation et amener une terminaison naturelle du travail de l'accouchement. Voici le fait :

Le 9 juillet 1876, à 11 heures du soir, nous fûmes mandé à 3 lieues de Lille, par MM. D..., docteur en médecine, à Cysoing, et P..., médecin, à Sainghin, auprès d'une femme de cette dernière commune, qui était en travail depuis vingt-six à vingt-huit heures, et chez laquelle ils n'avaient pu, après avoir pratiqué le toucher à plusieurs reprises, trouver l'orifice de l'utérus, soit qu'il fût complètement oblitéré ou placé trop haut en arrière pour pouvoir l'atteindre avec le doigt. Notre consultation avait pour objet, dans le cas présent, de déterminer la conduite à tenir pour débarrasser le plus tôt possible la patiente, dont l'utérus était menacé de rupture, tant ses contractions étaient violentes depuis quelques heures.

Cette femme, âgée de 38 ans, d'une constitution moyenne, était primipare. Elle avait eu ses règles, pour la dernière fois, dans les premiers jours d'octobre 1875; elle était, par conséquent, à terme; à notre arrivée (1 heure du matin), nous apprîmes d'elle qu'elle n'avait nullement souffert du côté des organes génitaux pendant sa grossesse qui avait été très-régulière, ni antérieurement; qu'elle n'avait eu d'écoulement d'aucune espèce, ni subi par conséquent aucun traitement particulier.

Les contractions étaient toujours vives, revenant à des intervalles assez rapprochés, et la femme, très-excitée, était au désespoir en ne voyant pas son accouchement se terminer. Depuis le début du travail, aucun liquide ne s'était écoulé par le vagin, mais ce conduit était lubréfié par un mucus grisâtre peu abondant. Après avoir recueilli ces renseignements et ramené un peu de calme chez la patiente, nous pratiquâmes le toucher vaginal. A l'entrée du vagin, nous trouvâmes une tumeur volumineuse, arrondie, lisse et dure qui occupait toute la partie inférieure de la cavité du bassin, et qu'on pouvait apercevoir en écartant fortement les grandes lèvres. En examinant attentivement cette tumeur, il était facile de reconnaître qu'elle était formée par la tête du fœtus qui avait fortement distendu et poussé devant elle la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus. Le doigt sentait parfaitement à travers les parois de cet organe la suture longitudinale dirigée d'avant en arrière, parallèlement au diamètre coccy-pubien. La fontanelle postérieure était située derrière le pubis à la partie supérieure de l'arcade. En portant le doigt vers cette région, nous sentîmes deux mamelons de la grosseur d'un pois, séparés l'un de l'autre par un tissu cicatriciel dur, sans enfoncement, dirigé transversalement et résistant aux contractions de l'utérus. Nous avions, sans aucun doute, sous le doigt, les vestiges des deux lèvres du col oblitéré. En portant le même doigt plus haut et en avant, il nous fut facile de sentir le cul-de-sac antérieur et la paroi correspondante du vagin non distendus; quant au canal de l'urèthre, il était tiré en haut.

Toute la portion qui recouvrait la tête du fœtus était fournie par la partie postérieure et inférieure de l'utérus et le segment postérieur du col fortement dilaté. Le cul-de-sac postérieur du vagin était effacé, et l'insertion de la paroi correspondante de ce conduit sur l'utérus se trouvait indiquée par un repli comme valvulaire. Depuis le début du travail, la femme éprouvait de la difficulté à uriner, et la vessie distendue par l'urine formait une tumeur volumineuse au-dessus du pubis. Par le palper abdominal, nous pûmes constater la position du fœtus dont le dos et les fesses étaient tournés un peu à droite et les membres inférieurs à gauche; la tête avait exécuté son mouvement de rotation de droite à gauche.

Les parois de la matrice étaient fortement appliquées sur le fœtus, il y avait très-peu de liquide amniotique. Les bruits du cœur du fœtus, faibles et ralentis, s'entendaient à droite à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Nos confrères purent vérifier, par un nouvel examen, l'exactitude des détails dans lesquels nous venons d'entrer. Il n'y avait pas de temps à perdre. Il fut décidé d'un commun accord qu'on procéderait immédiatement à l'hystérotomie vaginale pour favoriser la sortie de l'enfant. C'était du reste l'opération à laquelle nos confrères s'étaient tout d'abord arrêtés; mais, craignant de voir se produire une hémorrhagie grave après l'incision, ils avaient désiré une consultation avant de l'exécuter.

Nous plaçâmes la malade sur une table suffisamment élevée et garnie d'un matelas, les cuisses et les jambes fléchies et écartées l'une de l'autre furent maintenues par des aides; nous vidâmes la vessie qui contenait une certaine quantité d'urine. Nos confrères nous ayant prié de faire l'opération, nous saisîmes, après avoir fait écarter fortement les grandes lèvres, le mamelon inférieur avec une pince, afin d'attirer un peu en bas le col oblitéré et de l'éloigner de la tête du fœtus sur lequel il était fortement appliqué. Armé d'un bistouri à tranchant convexe, nous incisâmes couche par couche le tissu cicatriciel dans le sens transversal sur une étendue de 3 centimètres environ. Cette incision permit de sentir avec le doigt la tête du fœtus recouvert des membranes de l'œuf, mais ne facilita nullement la dilatation du col.

Après avoir attendu quelques instants, nous eûmes recours à une deuxième incision perpendiculaire à la première sur le segment postérieur de l'utérus. Pour cela, l'index de la main gauche, introduit dans l'ouverture, servit de guide à un bistouri droit boutonné, et l'incision fut prolongée jusqu'à un centimètre du cul-de-sac postérieur du vagin. Les parois de l'utérus dans cette partie n'avaient guère plus d'épaisseur qu'une feuille de parchemin, tant elle avait été distendue

par la tête du fœtus qui pesait fortement sur le périnée. Il n'y eut à la suite de cette incision aucun écoulement de sang appréciable.

Après quelques contractions utérines, les parties se dilatèrent suffisamment pour permettre à la tête du fœtus de se présenter à l'orifice de la vulve, et l'expulsion d'un enfant vivant eut lieu au bout d'un quart d'heure. La délivrance se fit rapidement et sans obstacle.

Les suites de couches ont été on ne peut plus naturelles, et dix jours après l'opération, cette femme se levait comme s'il ne s'était passé rien de particulier chez elle. Les parties incisées étaient en bonne voie de cicatrisation; nous recommandâmes au médecin à qui cette femme s'était confiée de surveiller l'état du col, afin de prévenir une nouvelle oblitération.

Cette observation présente quelques particularités qu'il est bon de signaler. Sans aucun doute, nous avons eu ici affaire à une oblitération complète de l'orifice externe du col, car il nous a été impossible, dans l'exploration à laquelle nous nous sommes livrés, nos confrères et nous, de trouver la plus petite ouverture par laquelle on eût pu introduire l'extrémité d'un stylet; sans aucun doute aussi, cette atrésie complète s'est produite pendant le cours de la grossesse, car autrement la conception n'aurait pu avoir lieu.

La dureté et la résistance à l'incision qu'a présentées le tissu cicatriciel nous porte à croire également que l'oblitération du col s'est faite, malgré le dire de la patiente, à la suite d'une inflammation du col ou d'ulcérations siégeant sur la même partie, qui se sont guéries lentement et sans traitement, à moins d'admettre, ce qui est peu probable, comme cause de cette oblitération, une transformation fibreuse du bouchon muqueux ou une structure anormale du tissu du col, une néoformation hétérologue, comme Schrœder dit en avoir vu des exemples. Cette observation présente encore cette particularité que l'orifice du col ne se trouvait pas en arrière, plus ou moins près de l'angle sacro-vertébral, mais bien en avant, à la partie inférieure du pubis, circonstance qui a rendu infructueuses les recherches faites tout d'abord par nos deux confrères pour trouver le col et qui donnait à l'utérus cette forme particulière que l'on aurait pu rapporter bien à tort à une rétroversion partielle de cet organe.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Obturation des orifices postérieurs des fosses nasales chez les nouveau-nés. — M. Depaul fait un rapport verbal sur un mémoire présenté par M. le Dr Bitot. Le crâne qui fait le sujet de cette observation appartient à un fœtus de sept mois environ. L'atrésie des orifices postérieurs des fosses nasales coïncide avec une bifidité médiane intermaxillaire. La racine du nez, très-étroite, n'est formée que par les apophyses montantes des maxillaires supérieurs. Ces apophyses se touchent, au lieu d'être séparées par les os carrés du nez. Ces derniers os sont très-diminués. Ils sont représentés par un tubercule petit, mais très-distinct, situé au niveau du promontoire nasal.

L'imperforation des fosses nasales est due à deux os de forme triangulaire, bien réguliers, à sommet supérieur, en rapport avec le sphénoïde, à base inférieure, en rapport avec le bord postérieur de l'os quadratum, ou portion horizontale de l'os palatin; leur bord externe répond au bord libre de l'aile interne et de l'apophyse ptérigoïde; leurs bords internes se correspondent et forment une scissure médiane.

En tératologie, ces deux os méritent de porter le nom d'*os triangulaires naso-palatins*, tant à cause de leur position que de leur forme.

M. Depaul fait remarquer que les cas de ce genre sont très-rares et passent souvent inaperçus. Dans un cas qu'il a observé et qu'il se propose de présenter plus tard à l'Académie, l'occlusion congénitale a été reconnue accidentellement en essayant d'introduire une sonde dans les voies nasales.

Cette difformité présente chez les nouveau-nés plusieurs inconvénients; elle rend surtout l'allaitement très-difficile en s'opposant à la succion.

M. Gosselin demande à M. Depaul si, dans les recherches bibliographiques qu'il a faites, il a trouvé quelques cas d'imperforation congénitale unilatérale. Après avoir obtenu une réponse négative, il rapporte un cas de cette dernière variété qu'il a observé chez une jeune fille de 16 ans.

Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés; l'insufflation et le spirophore. — La discussion sur le nouvel appareil de M. Woillez s'est

continuée à l'Académie sans que la question ait été élucidée. Elle ne peut l'être du reste que par des faits; lorsque M. Woillez apportera un certain nombre d'observations de nouveau-nés et d'asphyxiés rappelés à la vie par le spirophore, il couvaincra ses confrères; jusqu'ici son appareil n'a présenté qu'un intérêt de curiosité.

M. Piorry a rappelé à ce sujet ses nombreux travaux sur les anoxémies et les différentes formes d'asphyxie, et M. Depaul n'a cessé de défendre l'insufflation et les autres procédés actuellement en usage pour combattre l'asphyxie des nouveau-nés.

Dans la dernière séance (26 septembre), il a présenté à l'Académie, de la part de M. le Dr Labordette, une *Note sur l'insufflation pulmonaire chez les nouveau-nés.*

Tous les praticiens n'ont pas familière la pratique de l'insufflateur dans le larynx; aussi n'est-il pas inutile de rappeler l'emploi du spéculum laryngien. D'après le rapport fait à l'Académie, en 1865, ce spéculum rend particulièrement sûr et rapide le cathétérisme de la trachée en permettant à l'œil de suivre l'extrémité de la sonde jusque dans l'orifice supérieur du larynx. Il peut, par conséquent, être utile à ce point de vue dans l'administration des secours aux asphyxiés et plus particulièrement aux nouveau-nés.

M. Labordette insiste d'autant plus sur l'utilité de l'introduction d'un insufflateur chez les nouveau-nés qui n'ont pas respiré, que le contact d'un instrument avec la muqueuse du larynx et les cordes vocales suffisent quelquefois pour amener des contractions de tout l'appareil respiratoire.

(*Séances du 29 août, du 19 et du 26 septembre 1876.*)

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Pessaires de MM. Gairal et Dumontpallier. — Sachets et cataplasmes vaginaux. — Tampons émollients au fucus crispus.

M. Créquy, au nom du docteur Gairal (de Carignan), présente un nouveau pessaire dit *anneau élastique plat.* L'auteur constate d'abord que les anneaux à bords arrondis, en rapport avec la face interne du vagin, ne s'appliquent pas toujours exactement dans une suffisante étendue et sont sujets à glisser. En outre, l'anneau est susceptible de prendre la position verticale, au lieu de conserver l'horizontale et de présenter ainsi son bord, en haut, au museau de tanche.

Dans le but de remédier à cet inconvénient, M. Gairal a fait construire des anneaux pessaires élastiques plats, légers, peu volumineux.

Ces anneaux offrent plus de hauteur et moins d'épaisseur que les anneaux anciens et possèdent sur ces derniers un double avantage : plus élevés ils obligent le vagin à se réfléchir de plus haut vers l'utérus, ce qui fait que ce canal perd d'autant de sa longueur et qu'il maintient l'organe plus rapproché de la position physiologique.

D'un autre côté, les anneaux pleins étant plus évidés que les ronds, le museau de tanche a plus d'espace pour s'y loger librement, surtout s'il est volumineux.

Ces anneaux s'allongent complètement par rapprochement des points opposés de leur circonférence, et sont, par suite, introduits très-facilement par les malades elles-mêmes.

Le pessaire de M. Gairal diffère de celui de Meigs. En effet, tandis que le pessaire de Meigs est fait avec un ressort de montre d'une seule pièce dont les extrémités sont maintenues liées entre elles par deux rivets, les pessaires longs et plats de M. Gairal se composent de plusieurs pièces. Les ronds sont formés par deux ressorts à boudin en fil d'acier réunis par deux charnières. Les plats sont constitués par six pièces maintenues, liées entre elles par une petite bande de chevreau et munis de deux charnières. Tous ces anneaux, ceux de Meigs comme ceux de M. Gairal, sont revêtus d'une gaîne de caoutchouc.

M. Delioux de Savignac est d'avis qu'il est peu de cas où les pessaires soient nécessaires; il ne comprend l'intervention de cet instrument que lorsqu'il y a chute énorme de la matrice avec renversement de la vulve. En général, leur effet est douteux. M. Delioux cite l'opinion semblable à la sienne professée par M. Guéneau de Mussy, qui préfère aux pessaires des éponges creusées en forme de champignon.

M. Delioux préfère encore un simple tampon de ouate assez dur. Avec un tampon, une ceinture hypogastrique bien faite et des injections au tannin ou à l'alun, les parois du vagin se rétrécissent et maintiennent la matrice. L'engorgement du col étant la cause de l'abaissement, il suffit le plus souvent de traiter cet engorgement. M. Delioux conclut en disant que le nouveau pessaire, comme les autres, trouvera peu d'applications réelles.

M. Créquy voit dans le nouveau pessaire cet avantage qu'il peut rester longtemps en place.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'il s'est élevé dans ces derniers temps une discussion assez vive entre MM. Gairal et Dumontpallier à propos de ce pessaire à anneau élastique. Il rappelle que c'est à Meigs que l'on doit la première application des anneaux élastiques à la contention des déplacements de l'utérus, et que M. Gairal a perfectionné cette méthode en enveloppant ces anneaux élastiques d'une bande de caoutchouc. Ces pessaires rendent de grands services, surtout dans la classe pauvre; ils sont bon marché, facilement supportés et ne demandent aucun soin spécial.

M. Moutard-Martin partage au sujet des pessaires l'opinion de M. Delioux de Savignac. A coup sûr, ce n'est pas pour lui un avantage que la faculté qu'on donne à ce pessaire de pouvoir rester longtemps en place; c'est là pour lui et toujours une très-mauvaise chose; le pessaire ainsi à demeure s'incruste de sels calcaires; il arrive des ulcérations, des végétations.

M. Moutard-Martin recommande, en guise de pessaires, contre les déviations ou les abaissements de la matrice, de petits sachets de 3 à 4 centimètres, en mousseline à cataplasme, gros comme trois deigts réunis; ces sachets sont incomplètement remplis avec de la farine de graine de lin et de la poudre d'écorce de chêne. Pour introduire ces sachets commodément, on a soin préalablement de les tremper dans l'eau tiède pour les rendre malléables et mucilagineux; comme ils sont munis d'un long fil qui dépasse la vulve, la malade remet un sachet nouveau chaque matin et l'enlève le soir. La graine de lin est une substance très-convenable pour la fabrication de ces petits appareils simples, en raison de sa facilité à produire du mucilage.

M. Vigier a fait pour M. Gueneau de Mussy, qui voulait obvier à la putréfaction des éponges, des éponges trempées dans la parafine.

M. Delioux de Savignac repousse aussi l'usage des pessaires, il croit que le médecin doit seul appliquer les tampons ou sachets. Il se sert à cet effet du spéculum de Fergusson; il ne voit aucun avantage aux procédés préservatifs des éponges, puisque, comme M. Moutard-Martin, il fait changer le pansement matin et soir; tout au plus le médecin peut-il le laisser en place deux ou trois jours s'il est forcé d'espacer ses visites.

M. Constantin Paul reconnaît au pessaire du docteur Gairal, qu'il a beaucoup employé, certains avantages: sa largeur permet à l'utérus d'entrer pleinement et de se trouver ainsi suspendu, pour ainsi dire, en *équilibre*. Une condition pour l'application de ce pessaire est que le vagin soit lâche. Une autre condition c'est que l'utérus soit abaissé et en rétroversion; s'il est en antéversion le pessaire ne sert absolument à rien. Si le caoutchouc est bien préparé, il croit qu'un pareil pessaire peut rester en place deux ou trois mois sans inconvénients, il permet le coït et ne gêne en rien les malades. Le pessaire de M. Dumontpallier, au lieu d'être formé par deux ressorts à boudin réunis par une charnière à chaque extrémité du grand diamètre de l'anneau, est formé d'un seul ressort de montre qui fait plusieurs tours superposés. Ce pessaire est très-bon, dit-il, mais il préfère celui du docteur Gairal.

M. Constantin Paul a mis en usage les sachets à la graine de lin recommandés par M. Moutard-Martin dans les affections utérines. Dans une métro-péritonite, le soulagement a été très-rapide. Il a re-

marqué que ces sachets ne doivent pas être trop gros, sous peine de s'introduire difficilement. Il a également essayé de remplir des sachets avec de la poudre d'amandes : mais il avoue lui-même que l'innovation n'a pas été heureuse ; cette poudre fermente et donne une odeur très-désagréable.

M. Bucquoy rappelle que, étant interne dans le service de Louis, il a vu mettre de véritables cataplasmes de farine de lin dans le vagin, dans les cas de métrite ou de vaginite. Ces cataplasmes minces étaient enroulés autour d'un petit bâton qui servait à les introduire et qu'on retirait ensuite. Cette pratique qui était excellente est malheureusement tombée en désuétude probablement à cause de son application difficile, et n'est plus suivie actuellement que par M. Fournier à Lourcine. M. Fournier se sert en effet de cataplasmes volumineux qui doivent déplisser et distendre le vagin. Le médecin de Lourcine raconte qu'il a été mis sur la voie de ce procédé par l'oubli qui avait été fait plusieurs fois par les élèves du service de gros tampons de ouate introduits dans le vagin ; il avait remarqué chaque fois, que loin d'avoir été préjudiciable, cet oubli avait été excellent pour la vaginite.

M. Moutard-Martin emploie surtout les sachets dans l'abaissement et plus encore dans l'antéversion. Il est urgent de placer alors le sachet soi-même, afin de l'introduire dans le cul-de-sac postérieur. On voit cesser de suite les envies d'uriner et la difficulté dans la marche. M. Moutard-Martin n'emploie jamais d'autre pessaire.

M. Dujardin-Beaumetz donne lecture de la note suivante de M. H. Delisle :

« Le cataplasme en feuilles au fucus crispus dû docteur Lelièvre peut avantageusement remplacer les sachets à la farine de lin qui exigent une manipulation particulière et qui, de plus, sont exposés à fuser et à s'altérer. On coupe une bande de ce cataplasme, on la fait baigner dans l'eau chaude, et, lorsqu'elle est gonflée et ramollie, on la roule sur elle-même en forme de cylindre comme une bande à pansement ; on a ainsi un *tampon émollient* auquel on attache un cordonnet comme à un tampon ordinaire. On pourrait alors se servir de ce tampon, à titre d'excipient, en le saupoudrant d'une poudre tonique ou astringente, en l'arrosant de laudanum, ou en le plongeant dans une solution d'alun de chloral, dans un glycérolé, etc. Ce genre de cataplasme présente une plus grande consistance que les sachets à la farine de lin, au riz, il isole mieux les parois vaginales, dans les cas de vaginite, ne prend pas de mauvaise odeur et peut remplir l'office d'un pessaire. Il est plus rapidement et plus facilement fait que les autres cataplasmes, étant préparé à l'avance comme le sinapisme Rigollot. Chaque feuille de cataplasme Lelièvre peut servir à faire six de ces tampons. Si on a besoin de renouveler souvent l'application de ces

tampons émollients, on peut les faire appliquer par la malade elle-même au moyen du porte-topique vaginal (1).

M. Gubler fait remarquer que l'un des plus illustres praticiens de notre époque, Lallemand, de Montpellier, se louait beaucoup autrefois de prescrire les cataplasmes vaginaux contre les inflammations utéro-vaginales. Il se servait de cataplasmes de farine et même de graine de lin; il les injectait dans le vagin au moyen d'nne seringue en étain munie d'une canule volumineuse analogue à celle dont on se sert pour les irrigations vaginales; c'était un excellent moyen de calmer et d'isoler les parties; on ajoutait, selon l'occasion, des substances narcotiques ou astringentes. Les malades s'en trouvaient bien, étaient calmées et voyaient leur affection rétrocéder.

Séances des 14, 28 *juin*, 12 *juillet* 1876.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Traitement des ulcérations du col par l'acide chromique. — M. le professeur Kœberlé entretient la Société du traitement que, d'ordinaire, il emploie contre les granulations ulcératives du col utérin, de la cautérisation de ces ulcères par l'acide chromique.

M. Kœberlé, après s'être servi dans le principe des différents caustiques usités : nitrate d'argent, iode, nitrate acide de mercure, cautère actuel, a fini par se passer en général de ces divers agents et ne plus utiliser que l'acide chromique; les agents précités lui ayant paru les uns insuffisants, les autres plus ou moins défectueux dans leurs effets.

Au nitrate acide de mercure, il reproche de s'étendre toujours beaucoup plus loin qu'on ne le désire, de mettre à vif des parties saines et de prédisposer ainsi à des cicatrices vicieuses ; au fer rouge de trop chauffer les parties et de favoriser aussi ces mêmes cicatrices.

La forme sous laquelle M. Kœberlé emploie l'acide chromique est la substance en cristaux.

Cet acide est très-hygrométrique, et, en absorbant le liquide des tissus sur lesquels on l'applique, il développe du calorique comme l'acide sulfurique anhydre; les parties se mettent en quelque sorte en ébullition.

---

(1) Cet instrument a été représenté dans le nº de mars 1874, des *Annales de gynécologie*, p. 240.

Dans l'emploi de cet agent, il importe, bien entendu, d'éviter ce résultat en n'employant que des quantités d'acide très-faibles.

L'avantage qu'il a sur toutes les autres substances est de cautériser sans fuser, et, la cautérisation faite, de ne pas nécessiter de revoir la malade. Celle-ci, au bout de 6 à 7 semaines, est généralement guérie comme par enchantement.

Depuis 6 ans, M. Kœberlé a fait de très-nombreuses cautérisations de ce genre, peut-être au-delà de mille.

Le résultat a toujours été excellent.

Voici comment M. Kœberlé procède : il prend dans une soucoupe une petite pointée de couteau d'acide chromique cristallin et porte, à travers un spéculum en caoutchouc, quelques petits cristaux sur les différents points de la plaie à l'aide d'un tortillon de charpie fixé à l'extrémité d'une pince. Ce tortillon, il le maintient ainsi appliqué quelques instants, puis il le retire de temps en temps, afin d'en essuyer l'humidité qui y a pénétré, et le reporte sur la partie malade chargé de nouveaux petits cristaux, jusqu'à ce que toute la surface en soit couverte.

La cautérisation qu'on obtient ainsi a une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Il est impossible de porter cette cautérisation jusque dans la cavité même du col, mais celle-ci doit au préalable avoir été rendue bien libre.

Pour peu que l'on voie que l'acide dissous tend à couler le long de l'organe (ce qui n'arrive que quand on en a pris un peu trop), on prend avec une autre pince de la charpie sèche et on essuie bien, afin que les tissus ne soient pas entamés. Ceux-ci, toutefois, s'il sont revêtus de leur épithélium et à peu près à secs, ne s'entament pas trop facilement.

L'application de ce caustique exige un temps quelquefois assez long, d'un quart d'heure à une demi-heure.

Il importe de la faire aussi lestement que possible ou bien en deux temps, car, pour peu que la surface à cautériser ait une largeur de 2 centimètres, les malades se ressentent bientôt des effets toxiques du médicament et se mettent à vomir. Quand ce fait se produit, on s'arrête.

(L'acide chromique est une des substances toxiques dont les effets sur l'organisme sont les plus rapides.)

Pour empêcher l'imbibition ultérieure des tissus par le médicament et parer à un empoisonnement consécutif, on prend avec une pince un tampon de charpie, on le plonge dans de l'eau fraîche et, toujours à travers le spéculum, on le porte sur la partie cautérisée. En le portant alternativement du spéculum dans l'eau et *vice versâ*,

on lotionne ainsi celle-ci jusqu'à ce que le liquide qui ressort ne soit plus coloré en jaune.

Les vomissements surviennent quelquefois au bout de 15 à 20 minutes, d'autres fois au bout de 1 heure à 1 heure 1/2 seulement ; mais il est très-rare qu'ils manquent. Ils consistent généralement en un liquide bilieux, quelquefois il s'y ajoute de la diarrhée.

Si la surface cautérisée était étendue, l'acide employé serait nécessairement plus abondant et, dans ce cas, pourraient se produire des accidents pénibles, même inquiétants.

Au bout d'environ 7 heures tout, en général, est passé, et alors on peut renvoyer les malades, même à de grandes distances, par voie ferrée.

Dans la partie cautérisée, il ne se fait pas de travail notable avant les premières 24 heures. Ce n'est qu'après ce temps que les sécrétions augmentent, et cela de jour en jour jusqu'au 7e. Vers le 10e ou 15e jour, l'eschare se détache, et ce n'est qu'alors que la véritable cicatrisation s'opère ; mais elle n'est terminée que la 5e ou la 6e semaine.

Quand les tissus sont profondément altérés, il est nécessaire de faire de nouvelles cautérisations ; cependant, M. Kœberlé ne s'est pas encore trouvé dans la nécessité d'en faire plus de trois.

Après la cautérisation, M. Kœberlé applique un tampon et recommande à la malade de se faire deux injections déterstives par jour.

Il traite de cette façon toutes les ulcérations du col et même les épithéliomas.

M. Schmeltz demande si on ne s'expose pas au risque d'oblitérer le col,

M. Kœberlé. — Moins qu'avec les autres agents.

Dans quelques cas exceptionnels, il a observé un rétrécissement, mais pas d'oblitération.

M. Reibel demande si M. Kœberlé a guéri, par son moyen, des carcinomes utérins à leur début.

M. Kœberlé dit qu'il a eu un succès dans un cas d'épithélioma très-prononcé. Il avait d'abord pratiqué l'amputation du col avec évidement ; le mal ayant récidivé, il eut recours à l'acide chromique. Une première cautérisation fut insuffisante ; mais après la deuxième, il obtint une solide guérison.

M. Sieffermann. — Pourrait-on également employer ce moyen contre les fongosités de la matrice et contre les polypes intra-utérins?

M. Schmeltz a cautérisé, il y a sept mois, une dame par cette même méthode, que, du reste, il a vu employer à Vienne par le pro-

fesseur Karl Braun, avec cette différence, dit-il, que celui-ci n'y va pas avec tant de précautions que M. Kœberlé, mais qu'il projette simplement l'acide chromique au fond du spéculum en tâchant d'en recouvrir la partie malade. La malade a eu de très-violents vomissements et a fini par faire une fausse couche de deux mois.(Karl Braun, ajoute-t-il, cautérise même les femmes enceintes.)

Il a employé déjà plus d'une fois le cautère actuel, mais lui préfère, ainsi qu'à l'acide chromique, le nitrate acide de mercure.

M. Kien demande si M. Kœberlé attribue à l'acide chromique une action spéciale contre les ulcérations de mauvaise nature ou malignes.

M. Kœberlé répond affirmativement.

M. Kien ajoute que, pour ces lésions, pour celles mêmes qui sont simplement suspectes de malignité, il est parfaitement disposé à accepter le caustique préconisé par M. le professeur Kœberlé, mais qu'il ne lui semble pas nécessaire d'avoir recours à ce moyen si délicat à manier et suivi parfois de si désagréables effets dans tous les cas d'ulcération du col. Celles-ci, quand elles sont dénuées de malignité, peuvent aussi guérir dans une moyenne de temps de 6 semaines avec les autres moyens dont nous disposons, pour peu que le médecin veuille prendre la chose à cœur et la malade se soumettre à une certaine contrainte. M. Kien pourrait citer les observations d'une dizaine de malades qu'il a guéries dans ces deux dernières années, toutes dans le cours de six semaines environ, les unes par le cautère actuel, les autres par les pansements au chloral ou avec le glycérolé au tannin, les malades gardant le repos et se faisant de fréquentes irrigations. L'acide chromique ne possède donc pas seul le privilége de guérir vite.

Quant au reproche formulé par M. Kœberlé contre le cautère actuel, de favoriser des cicatrices vicieuses, M. Kien ne le croit pas très-fondé, car, dans le temps, dans les cliniques auxquelles il a été attaché, il a vu bien souvent des lésions du col traitées par cet agent si précieux et si franc; lui-même, depuis dix ans, l'a utilisé bien souvent, et à sa plus grande satisfaction, et jamais il n'a observé les cicatrices ou déplacements signalés par M. le professeur Kœberlé.

M. Aubenas trouve le procédé de traitement de M. Kœberlé bon pour les cas invétérés et pour les cas malins.

Il traite constamment quantité d'ulcérations du col, mais n'a pas encore senti le besoin de recourir à ce moyen nouveau.

Il a été frappé d'un fait, c'est que ces ulcérations guérissent à peu près toutes, peu à peu, par n'importe quel agent, que ce soit le fer rouge, ou le nitrate acide de mercure, ou même le nitrate d'argent.

Cependant il est possible, probable même qu'il y a deux catégories de cas où il est préférable de recourir à l'acide chromique :

C'est d'abord quand les malades sont pressés et consentent à se soumettre à quelque chose de désagréable.

Et, en second lieu, en dernière instance, quand ils ne guérissent pas.

M. Strohl trouve cette question assez vaste et assez intéressante pour mériter d'être discutée plus longuement dans la prochaine séance.

La proposition de M. Strohl est adoptée.

(*Gazette méd. de Strasbourg*, 1er septembre 1876.)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE CLERMONT-FERRAND

Parmi les nombreux travaux présentés dans la section médicale du Congrès, nous remarquons quelques mémoires intéressants ayant trait à la gynécologie. Nous en donnons une courte analyse.

De la valeur de la déglutition comme signe de la vie chez les enfants qui n'ont pas respiré, par le Dr Houzé de l'Aulnoit. — L'auteur a pu s'assurer que la présence des substances étrangères liquides ou demi-solides dans l'estomac constitue un signe de vie non équivoque. Les enfants morts, dont on plonge la tête dans l'eau, ne présentent pas ensuite de liquide dans l'estomac, tandis que de jeunes lapins nouveau-nés, n'ayant pas respiré, et soumis à la même épreuve, présentent de l'eau dans l'estomac.

De la syphilis maternelle par conception, par M. Diday. — La syphilis du père peut se transmettre à la mère par le fœtus. Dans ces conditions, la mère présente d'emblée les accidents secondaires, et le chancre initial fait défaut : il en a été ainsi dans les observations présentées par M. Diday à l'appui de la thèse qu'il soutient.

M. Diday insiste sur la précocité de l'infection de la mère par le produit de la conception. Le produit engendré par un père syphilitique, sans lésions actuelles, peut infecter sa mère à toutes les périodes de la vie intra-utérine, à l'état d'ovule, à l'état de fœtus.

L'auteur s'étend ensuite sur la rareté de la syphilis par conception. L'immunité est fréquente, peut-être à cause d'une syphilis antérieure (évidente ou cachée), peut-être aussi en raison de ce que l'influence morbide est, dans les cas de préservation, faible de sa nature.

L'impression morbide subie par la mère la met à l'abri de l'infec-

tion si elle nourrit son enfant qui au contraire infecterait une nourrice étrangère.

M. Diday reconnaît du reste que les questions relatives à la syphilis par conception sont assez obscures. Il poursuivra ses recherches et en fera connaître le résultat à la prochaine session du Congrès.

Traitement de l'inversion utérine irréductible par la ligature élastique, par M. Arles. — L'auteur passe en revue les différents procédés d'ablation et les repousse à cause des accidents, soit immédiats, soit consécutifs, qu'ils produisent presque toujours. Il a employé la ligature élastique appliquée sur la tumeur utérine attirée au dehors et a obtenu la chute sans accident immédiat, hémorrhagie ou autre. Plus tard, le toucher vaginal permettait de constater la présence du col utérin dans sa situation normale.

M. Verneuil demande que M. Arles tienne compte d'un procédé mixte dont M. Denucé (de Bordeaux) est l'auteur, et qui consiste dans l'écrasement lent et progressif; la tumeur utérine se détache sans accidents au bout de vingt-quatre heures, la chaîne de l'écraseur ayant été graduellement serrée d'heure en heure.

De la mortalité des enfants du premier âge dans les campagnes, par M. Dubest. — La diminution de la population rurale, dans le Puy-de-Dôme, reconnaît d'autres causes que l'allaitement par les mercenaires. L'industrie nourricière n'existe pas dans la Limagne. C'est à l'alimentation prématurée des enfants qu'il faut attribuer la plus large part dans cette mortalité; mais il ne faut pas oublier non plus que le calcul égoïste est aussi pour beaucoup dans la diminution du nombre des enfants : à mesure que le paysan voit grossir son avoir et augmenter son aisance, il se préoccupe de diminuer le nombre de ses enfants.

Les conseils donnés verbalement ou même adressés aux habitants des campagnes sur des feuilles imprimées, ne sont ni écoutés ni lus. L'auteur propose un moyen assez original pour forcer les gens à prendre connaissance des plus rigoureuses prescriptions de l'hygiène et des exigences sociales. Il consisterait à annexer aux livres de piété qui sont entre les mains de toutes les mères de famille, quelques pages renfermant les indications relatives à l'hygiène du premier âge.

Du traitement de la métrite chronique par l'ignipuncture, par M. le professeur Courty. — Nous ne faisons que signaler cet important mémoire qui sera publié *in extenso* dans les *Annales*. L'auteur rappelle que la métrite chronique est loin d'être, comme le disait Scanzoni, une affection contre laquelle on est absolument désarmé. L'ignipuncture est l'un des moyens qui paraissent à M. Courty les plus capables de modifier avantageusement les lésions de la métrite chronique, mais il faut en user avec le plus grand discernement et

éviter avec le plus grand soin les cautérisations inconsidérées qui ont causé tant de rétrécissements cicatriciels du col et la stérilité consécutive. Les cautères dont se sert M. Courty sont des cautères à boule, terminés par une petite tige de deux centimètres environ, et que l'on peut parfaitement faire chauffer à la lampe. Dr A. LUTAUD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons de clinique chirurgicale, par le Dr Léon LABBÉ, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé de la Faculté de médecine, recueillies, rédigées et publiées par le Dr Emmanuel BOURDON (1).

Ce volume, qui a 738 pages, comprend un ensemble de vingt leçons, professées à l'hôpital des Cliniques. Le professeur y étudie successivement l'uréthrotomie externe, l'uréthrotomie interne, les hémorrhoïdes, les rétrécissements du rectum, le diagnostic des tumeurs des bourses, les fistules vésico-vaginales, les kystes de l'ovaire, les métrorrhagies, les corps fibreux, le pied-bot, les amputations partielles du pied, la grenouillette, les tumeurs érectiles, les goîtres, les ectropions.

Nous ne rendrons pas compte de toutes les parties de l'ouvrage, nous nous contenterons de fournir une analyse des chapitres qui concernent la gynécologie.

Fistules vésico-vaginales. — M. Labbé commence par quelques mots d'anatomie topographique destinés à nous faire connaître le mode de production de ces fistules.

C'est à la lenteur de l'accouchement que l'auteur attribue, avec juste raison, la production des fistules, et non à l'application des instruments. La pression de la tête, longtemps prolongée, détermine alors la mortification, par écrasement, de la paroi vésico-vaginale ou vésico-utérine. Il peut cependant se produire une plaie par déchirure lorsqu'il existe quelque bride ou une dégénérescence morbide des parois. Mais cette seconde variété doit être bien plus rare que la première. La fistule vésico-vaginale peut encore se produire en dehors de l'accouchement, mais c'est alors un traumatisme qui en est la cause, ou la pression d'un corps étranger contenu dans la vessie.

L'auteur nous expose ensuite les symptômes de ces fistules et la façon dont nous devons procéder à leur examen. Il nous enseigne à distinguer le point où siége la lésion, si l'urèthre a été lésé et s'il ne vient pas s'ouvrir dans le vagin ; si l'urèthre est perméable, si le canal cervico-utérin n'a pas été oblitéré.

---

(1) Chez Delahaye, éditeur, Paris, 1876.



L'auteur se demande ensuite à quelle époque il faut opérer une fistule vésico-vaginale; il pense qu'il faut attendre trois à quatre mois, alors que la rétraction des tissus a eu le temps de se produire. Après nous avoir montré, dans un résumé très-bien fait, les divers tâtonnements auxquels a donné lieu l'opération de la fistule vésico-vaginale et nous avoir fait connaître les noms des chirurgiens illustres qui se sont particulièrement occupés de remédier à cette infirmité si affreuse, le savant chirurgien de la Pitié décrit, avec le plus grand soin, le procédé admis généralement aujourd'hui, et que l'on connaît sous le nom de procédé américain.

Kystes de l'ovaire.— Tout d'abord, l'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à opérer de bonne heure les kystes de l'ovaire par l'ovariotomie, avant d'avoir fait subir aux femmes atteintes de cette affection des ponctions nombreuses qui les épuisent et qui, plus tard, rendent l'opération beaucoup plus grave, par suite des adhérences qu'elles déterminent le plus souvent. Puis il étudie l'anatomie pathologique de ces tumeurs, leurs symptômes et leur diagnostic, leur marche et leurs complications.

Le diagnostic des kystes de l'ovaire comprend, en effet, plusieurs points ; il faut toujours :

1° Examiner si la douleur abdominale est bien un kyste et un kyste de l'ovaire ;

2° Chercher à quelle variété le kyste appartient ;

3° Tâcher de deviner la nature du liquide qu'il contient ;

4° Enfin, s'assurer qu'il n'est pas compliqué de grossesse.

Puis vient la question du traitement ; et, bien que l'auteur soit partisan, dans une certaine mesure, de la ponction suivie de l'injection iodée, il avoue, sans hésiter, qu'il lui préfère de beaucoup l'ovariotomie.

Mais, dit l'auteur, avant de songer à enlever, par la gastrotomie, un kyste simple uniloculaire ou multiloculaire, vous devez chercher, avec le plus grand soin, à reconnaître s'il n'est pas uni par des *adhérences* à la paroi abdominale ou aux organes avec lesquels il est en rapport.

C'est, en effet, l'existence de ces adhérences qu'il importe, au plus haut point, de connaître. Malheureusement les éléments de ce diagnostic nous font souvent défaut ou n'ont qu'une valeur très-problématique. Les signes physiques des adhérences viscérales sont à peu près nuls, et, quant à ceux des adhérences pariétales, ils sont, en réalité, très-incertains.

M. Labbé consacre ensuite toute une leçon au manuel opératoire de l'ovariotomie. Nous n'entrerons pas dans les détails de l'opération que tout le monde connaît aujourd'hui, et que l'auteur décrit avec le soin le plus minutieux

Métrorrhagies et corps fibreux. — L'auteur, après avoir examiné les diverses causes qui peuvent donner lieu aux métrorrhagies, consacre la majeure partie de sa onzième et de sa douzième leçon à l'étude des tumeurs fibreuses, qu'il divise en tumeurs interstitielles, sous-péritonéales et sous-muqueuses ; ces dernières, en se pédicalisant, forment les polypes fibreux de l'utérus.

Puis nous trouvons un certain nombre de lignes consacrées à l'étude de cette variété de polypes que M. O. Larcher a décrite récemment sous le nom de polypes intermittents. M. Labbé s'étend ensuite longuement sur l'étude des polypes fibreux sous-péritonéaux, sur l'influence des corps fibreux sur la grossesse, et il termine par l'étude des kystes du corps de Wolff, ou kystes para-ovariens, qu'il importe, au plus haut point, de distinguer des kystes de l'ovaire.

Nous croyons devoir nous borner à ce résumé succinct de la partie gynécologique du livre, que nous avons lu avec le plus grand profit, et nous terminerons, en exprimant le regret de ne pouvoir donner au lecteur un exposé plus complet et plus digne d'un livre qui contient un grand nombre de vues essentiellement pratiques.

Dr A LEBLOND.

Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus, par le Dr PICHOT (1). — Le travail dont nous venons d'énoncer le titre est une monographie de 148 pages, dans laquelle l'auteur s'est surtout proposé de rechercher la symptomatologie du début du cancer du corps utérin et de sa cavité, en vue d'établir nettement son diagnostic dès ce moment.

De l'exposé des faits contenus dans son travail, M. Pichot a pu tirer les conclusions suivantes :

1° Le cancer attaque primitivement ou secondairement le corps de l'utérus, à l'exclusion du col, qui peut rester sain jusqu'à la dernière extrémité. Il forme alors un type clinique particulier.

2° Il affecte deux formes principales : le carcinome mou ou cancer interstitiel encéphaloïde ; l'épithéliome végétant débutant par la muqueuse. Le cancer ulcéreux ne semble que le ramollissement de l'un d'eux.

3° Il apparaît plus particulièrement chez les femmes âgées; tandis que la plus grande fréquence d'apparition du cancer du col est de 30 à 45 ans, ici elle se trouve de 45 à 60 ans.

4° Ses principaux symptômes au début sont : une métrorrhagie,

---

(1) Thèse de Paris, 1876.

un écoulement séreux, limpide, inodore très-abondant, que rien ne tarit. Il n'y a pas de douleur; le col de l'utérus est légèrement entr'ouvert; le corps, augmenté de volume et irrégulier, paraît enclavé dans le petit bassin.

5° Sa durée est environ de 31 mois, tandis que celle du col n'est que de 17, et il donne lieu à plus de troubles utérins, quand il apparaît chez les jeunes femmes.

6° Dans une statistique de 100 cas de cancer de l'utérus sans distinction de segment, il s'en rencontre environ 6, limités au corps seulement.

7° Il se termine comme le cancer en général, mais il occasionne plus de manifestations du coté du péritoine et du rectum que le cancer du col.

8° Son diagnostic pourra toujours être fait quand on aura employé toutes les méthodes d'investigation des organes génitaux utérins. Lorsque, après la ménopause, les autres causes de maladies étant écartées, on trouve un écoulement séreux et des troubles utérins inexplicables, on doit songer à lui.

9° Le microscope pourra éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

10° Le traitement ne s'adresse qu'aux complications.

REVUE DES JOURNAUX.

Contribution à l'étude de l'herpès, par M. Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux de Paris (1).

L'herpès est une affection essentiellement bénigne, mais dont le diagnostic offre parfois certaines difficultés. Cette maladie, quand elle siége du côté des organes génitaux, peut être confondue, si on n'y prend garde, avec des lésions syphilitiques, desquelles il importe au plus haut point de la distinguer.

L'herpès peut siéger, soit du côté de la peau, soit du côté des muqueuses. Il se rencontre chez l'homme et chez la femme; nous ne parlerons ici que de ce qui a trait aux organes génitaux de cette dernière.

L'herpès peut se présenter sous deux formes, qui se succèdent en général : l'herpès vésiculaire, l'herpès érosif. L'herpès vésiculaire est caractérisé par de petites vésicules de la grosseur d'un grain de millet, isolées ou confluentes. Le liquide qu'elles contiennent, d'abord transparent, clair, devient louche, purulent, quelquefois laiteux. Au bout de quelques jours, souvent de quelques heures, le liquide se

(1) Travail extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

résorbe, et l'on voit l'épiderme s'affaisser sous forme d'une pellicule blanchâtre, qui ne tarde pas à se détacher, ou bien il y a rupture de la vésicule ; on n'en trouve plus que quelques débris sous forme d'un décollement épidermique à la périphérie de l'érosion. Ce qui reste alors surtout, c'est une érosion ou une exulcération à bords irréguliers, polycycliques ou, mieux encore, « microcycliques » (Fournier).

L'érosion se répare rapidement sans laisser de cicatrice en général. Parfois, au contraire, si un traitement convenable n'a pas été fait, et surtout si un traitement inopportun a été suivi, l'ulcération gagne en étendue et en profondeur et peut alors laisser après elle une cicatrice simulant à s'y méprendre la papule syphilitique.

Au point de vue du siége, du côté des organes génitaux, on doit distinguer l'herpès vulvaire, vaginal, uréthral, du col. L'herpès du col se présente sous forme de petites érosions superficielles, à bords irréguliers, polycycliques, siégeant sur la surface du col, dans des points variables. Le diagnostic s'établit, en général, assez facilement, non-seulement pas l'aspect propre de l'érosion, mais surtout par la circonstance d'érosions voisines, soit du côté de la vulve, sur les lèvres ou au pourtour de l'anus. L'herpès du col pourrait être confondu avec la folliculite du col. Mais cette dernière se distingue par la dépression cupuliforme qu'elle présente.

La forme du bassin chez le fœtus et le nouveau-né et sa connexion avec celle qui se constate chez les adultes, par Fehling.

Ce mémoire très-étendu, enrichi de 2 planches et de 14 dessins dans le texte, est trop spécial pour être analysé. Nous nous bornons à en traduire les conclusions qui en font ressortir les résultats principaux :

1° La dilatation transversale du bassin fœtal tient à un plan originel et à ce titre se montre de bonne heure. La théorie de sa production par le poids du tronc est, par suite, tout au moins superflue ;

2° Les différences entre les bassins de sexe différent exsistent dès le quatrième mois et sont complètement accusées chez le nouveau-né;

3° Le bassin du fœtus et du nouveau-né montre l'allongement transversal en même temps que la courbure allongée du sacrum;

4° La ressemblance de cet allongement transversal avec celle présentée par le sacrum rachitique, comme aussi quelques autres points, comme la forme à angle aigu de l'incisure ischiatique, prouvent que le bassin rachitique doit être interprété comme une persistance de certaines parties de l'état fœtal (*Arch. f. Gynæk.*, t. X, p. 1 à 81).

VARIÉTÉS

De la quantité de lait absorbé par les enfants à la mamelle (The quantity of Breast milk comsumed by sucklings) (1). Le Dr Snitkin relate une longue série d'observations, dont nous trouvons le résumé dans *The Boston medical and surgical Journal* du 3 août 1876, observations recueillies, dans l'espace de trois ans, sur des enfants de constitutions différentes, dont l'âge varie entre un jour et un mois. La quantité de lait absorbé était déterminée en prenant le poids de l'enfant immédiatement avant la tétée. L'auteur n'a rapporté que les cas exempts de toute cause d'erreur. Le sexe n'a eu aucune influence sur la quantité de lait absorbé.

Le nombre des enfants qui furent observés s'élève à 225, leur poids a varié entre 1,200 et 4,500 grammes; le poids fut pris 11,709 fois.

Dans les tables dressées par l'auteur, avec le plus grand soin, on peut voir qu'à mesure que l'âge de l'enfant s'accroît et que son poids augmente, la quantité de lait prise à chaque tétée est aussi plus grande. La plus petite quantité qui fut notée a été de 10 grammes dans deux cas et la plus grande de 150 grammes. La quantité prise dans 2,277 cas fut de 30 grammes.

La quantité absorbée avec des nourrices différentes était généralement avec des enfants qui pesaient :

2,000 à 2,500 grammes	20 grammes.
2,500 à 3,000 —	20 à 30 grammes.
3,000 à 3,500 —	30 grammes.
3,500 à 4,000 —	50 grammes.

Pendant les premiers jours, 85,7 pour cent diminuèrent de poids, et ne consommèrent pas plus de 10 à 20 grammes de lait.

Ce que l'auteur explique par ce fait que la plupart des nourrissons étaient apportés à l'Asile des Enfants-trouvés, peu de jours après la naissance, dans un état très-misérable. Si les nouveau-nés absorbaient à une première tétée 90 à 100 grammes, ils ne prenaient plus à la seconde que 10 à 20 grammes.

Les enfants du poids de 2,000 à 2,500 grammes prennent rarement une petite quantité de lait à la fois, les enfants du poids de 4,000 à 4,500 grammes prennent rarement de grandes quantités de lait à la fois.

L'auteur a fait 4,059 observations sur 70 enfants nouveau-nés bien

(1) Jahresbericht des Kaiserl. St-Petersburger Findelhauses. St-Petersburger med. Wochenschrift, n° 10, 1876. Allg. med. med. Central-Jeitung, n° 17, april 1, 1876.

portants, prenant le sein de nourrices robustes; la quantité moyenne de lait absorbée à chaque tétée avec des enfants de 2,000 à 4,500 grammes a été de 50 grammes. En règle générale, les enfants consomment à chaque tétée dans le premier tiers du mois 1/10e de livre ; dans le second tiers 1/8e de livre ; dans le dernier tiers 1/7e de livre. Les enfants de 4,000 à 4,500 grammes prennent dans le premier tiers 1/8e de livre, dans le second et le troisième tiers 1/6e de livre.

Des faits qu'il a observés, l'auteur tire ces conclusions : qu'un enfant dans le premier jour peut prendre à chaque tétée 1/100e de son poids et dans les jours qui suivent *un gramme* en plus. Si nous additionnons les 10 à 12 tétées d'une journée, nous trouverons pour le second jours 368,5 grammes de lait absorbé, pour le troisième 379,5 grammes, etc.

American gynecological Society (Société de gynécologie américaine). — Nous avons annoncé précédemment (*Ann. de gyn.*, juillet 1876, p. 78) qu'une Société de gynécologie s'était fondée en Amérique, et que la première réunion devait avoir lieu, le 15 septembre, à l'Académie de médecine de New-York. La Société s'est, en effet, réunie à la date des 13, 14 et 15 septembre. Voici la liste des travaux qui ont été communiqués :

Incision of the cervix uteri (*Incision du canal cervical de l'utérus*), par le Dr T.-A. Emmet ;

Cicatrices of the cervix uteri (*Cicatrices du col utérin*), par le Dr A.-J.C. Skene ;

Report of a case of abdominal pregnancy treated by gastrotomy (*Relation d'un cas de grossesse abdominale traité par la gastrotomie*), par le Dr T.-G. Thomas ;

Battey's operation for extirpation of ovaries (*Opération de Battey pour l'extirpation des ovaires*), par le Dr R. Battey ;

Viburnum prunifolium, its use in the treatment of the diseases of women (*De l'emploi du viburnum prunifolium dans le traitement des maladies des femmes*), par le Dr F.-W. Jenks ;

A case of abnormal menstruation (*Cas de menstruation anormale*), par le Dr T. Parvin;

Spontaneous and artificial desintegration of fibrous tumors of the uterus (*Destruction spontanée et artificielle des tumeurs fibreuses de l'utérus*), par le Dr W.-H. Byford ;

Pneumatic self-replacement in dislocations of the gravid and non-gravid uterus (*Réduction pneumatique spontanée des déplacements de l'uterus gravide et non gravide*), par le Dr H.-F Campbell ;

Latent gonorrhea especially with regard to its influence on fertility in women (*Gonorrhée latente étudiée spécialement au point de vue de son influence sur la fertilité des femmes*), par le Dr F. Noeggerath ;

Hydrate of chloral in obstetric practice (*De l'hydrate de chloral dans la pratique obstétricale*), par le Dr W.-L. Richardson ;

A case of labor complicated with four large uterine fibroids and placenta prævia (*Accouchement chez une femme atteinte de quatre volumineux fibrômes utérins et de placenta prævia*), par le Dr J.-R. Chadwick ;

What is the best treatment for acute lacerations of the female perineum and for lesions of the recto-vaginal septum (*Quel est le meilleur traitement dans les déchirures récentes du périnée et dans les lésions de la cloison recto-vaginale*), par le Dr W. Goodell.

Cases of cystic tumors of the pelvis (*Plusieurs cas de tumeurs kystiques du bassin*), par le Dr G.-H. Bixby ;

A menstrual hystero-neurosis of the stomach (*Névrose hystérique menstruelle de l'estomac*), par le Dr G.-J. Engelmann ;

Masturbation in women with a report of seventeen cases treated with bromide of potash (*De la masturbation chez les femmes ; relation de dix-sept cas traités par le bromure de potassium*), par le Dr J.-R. Chadwick ;

What is the history of calculi formed in the bladder after operation for vesico-vaginal fistula (*Quel est le mode de formation des calculs de la vessie après l'opération de la fistule vésico-vaginale*), par le Dr H. F. Campbell.

La nouvelle maison d'allaitement d'Épinay-sur-Seine. — A la suite de démêlés survenus entre les administrateurs de la Société la *Pouponnière* et M. le Dr Monribot, directeur de cet établissement, ce dernier a cru devoir se retirer, ne voulant pas accepter des conditions que la dignité professionnelle ne lui permettait pas de subir ; mais ne renonçant pas à l'idée qu'il avait conçue et qui n'a échoué que par les exigences d'un Conseil d'administration qui s'était imposé, au mois de mai dernier, et qui était plus préoccupé de *ses intérêts pécuniaires* que de l'intérêt des nouveau-nés, M. le Dr Monribot vient de fonder une nouvelle maison d'allaitement à Épinay-sur-Seine.

Les parents prévenus par une circulaire émanant du susdit Conseil d'administration du changement dans la direction médicale ont tous, *sans exception aucune*, prié le Dr Monribot de continuer à donner ses soins aux enfants qui lui étaient confiés. Nous félicitons sincèrement notre confrère de la détermination qu'il a prise de quitter la *Pouponnière*, ayant pu juger, par nous-même, des insurmontables difficultés que lui créait son entourage, et d'autant plus sincèrement, qu'il a pu installer son établissement dans des conditions d'hygiène et de confortable qui lui promettent un succès assuré.

M. le Dr Monribot poursuit, en ce moment, une série d'études sur l'allaitement du premier âge, dont nous aurons à rendre compte très prochainement.

Dr A. Leblond.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Qu'est-ce que le phlegmon péri-utérin, et particulièrement du phlegmon péri-utérin chez les vierges, par NESTER. (Le *Moniteur*, n° 1, 1876.

Kyste de l'ovaire, ovariotomie, par BARIÉ. (*Société anatomique*, in *Progrès médical*, 25 mars 1876.

Fistule vésico-vaginale compliquée traitée par l'oblitération du vagin. — Leçon de M. le professeur Richet. publiée dans la *France médicale*, n[os] des 22 et 25 mars 1876.

Observations de déviations et de prolapsus de la matrice traités par l'application de l'anneau pessaire et suivies de remarques pratiques sur les usages de cet appareil contentif. — Observations recueillies par M. GENY, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Dumontpallier. (*Gazette des hôpit.*, n[os] 34, 35 et 37, 1876.)

Imperforation du vagin chez une jeune fille de 15 *ans ;* opération par le D[r] PREVOST (de Cambremer), (*Année médicale*, n° 6, 1876.)

Du crochet-mousse articulé, par WASSEIGE. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, mars-avril 1876, p. 81.)

Deux cas de superfétation, par le D[r] PREVOST (de Cambremer). (*Année médicale*, n° 3, 1876.)

Tumeur solide de l'ovaire par BUDIN. (*Société anatomique*, in *Progrès médical*, 11 mars 1876.)

Du souffle fœtal, par PINARD. (*Gazette médicale*, 1876, p. 135.)

Cancer de l'utérus, urémie, par FÉRÉ. (*Société anatomique*, in *Progrès médical*, 19 février 1876.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

A Contribution to the Study of the Transmission of syphilis, par le D[r] R. W. TAYLOR (de New-York). Extrait des *archives of clinical surgery*, septembre 1876.

Extirpation of the uterus by abdominal section, par James CHADWICK. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 4 novembre 1875.

Ovariotomy, par James CHADWICK.

The injection of fluids through the abdominal walls into the large intestines by means of the trocar, par James CHADWICK. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 22 juillet 1875.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

Bulletin trimestriel (2e trimestre de 1876) des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	100	4	3	»	»	7	4.01	3.00	»	»	7.00	»	1
Pitié.........	87	1	2	»	»	3	1.15	2.29	»	»	3.41	1	1
Charité.......	113	4	»	»	»	4	3.50	»	»	»	3.50	»	»
Saint-Antoine.	64	4	1	»	»	5	6.25	1.56	»	»	7.81	1	»
Necker.......	32	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Beaujon......	61	5	2	»	»	7	8.19	3.28	»	»	11.47	»	2 (1)
Lariboisière...	228	6	1	2	»	9	2.65	0.43	0.86	»	3.94	2	7
Saint-Louis...	203	3	1	5	»	9	1.47	0.49	2.45	»	4.41	»	2
Lourcine.....	12	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres.)	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	903	27	10	7	»	44	2.99	1.11	0.77	»	4.87	4	13
Services spéciaux													
Cochin.......	198	»	1	»	»	1	»	0.50	»	»	0.50	»	1
Cliniques.....	157	3	»	»	»	3	1.91	»	»	»	1.91	1	»
Mson d'Accouchem.	257	5	»	»	»	5	1.94	»	»	»	1.94	»	»
TOTAL........	612	8	1	»	»	9	1.31	0.16	»	»	1.47	1	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	2594	2	0.07
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	682	»	» »

(1) Deux cas de fièvre puerpérale.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES NOTES SUR L'OPÉRATION DE L'OVARIOTOMIE AUX ÉTATS-UNIS

Extraits d'un mémoire lu par le Dr L. Mac Murtry, devant la Société de médecine et de chirurgie de la Nouvelle-Orléans,

Par le Dr L. Obet,
Médecin de la marine militaire, au service de la Ce Gle translantique.

Notre intention n'est pas de faire ici l'historique de l'opération de l'ovariotomie, nous nous contenterons de rappeler que Delaporte le premier proposa en 1755, à l'Académie royale de chirurgie, de pratiquer l'extraction des kystes de l'ovaire; qu'après lui, à diverses époques, plusieurs chirurgiens éminents se sont faits les promoteurs de ce procédé opératoire, que de tous, John Hunter en 1787, fut l'avocat le plus chaleureux de l'ovariotomie; qu'enfin John Bell, qui illustra la chaire de chirurgie à l'université d'Edimbourg, après avoir fait une étude

spéciale des affections de l'ovaire, donna en 1793, quelques leçons sur ces maladies, et après avoir passé en revue les différentes médications qui avaient été préconisées pour leur traitement, entra dans de longs détails sur le procédé opératoire qui pourrait être mis en usage pour la cure radicale de l'affection.

Au nombre des élèves de John Bell se trouvait un jeune étudiant américain, Ephraïm Mac Dowell, chez lequel cette étude théorique des affections de l'ovaire fit une impression profonde. Quatorze ans après, alors qu'il exerçait depuis longtemps déjà aux Etats-Unis, il eut assez de foi en ses propres forces pour appliquer la théorie à la pratique; cette audacieuse initiative lui réussit. Aussi fut-il nommé à juste titre le père de l'ovariotomie.

Treize fois le Dr E. Mac Dowell eut occasion de pratiquer cette opération, et sur les treize cas il compta huit guérisons.

Voici, du reste, afin que l'on puisse se rendre compte des différences qui existent entre le procédé employé par lui, et la méthode adoptée aujourd'hui pour pratiquer l'ovariotomie, la description qu'il a faite de sa première opération dans l'*Eclectic repertory and analytical Review* publié à cette époque à Philadelphie.

« En décembre 1809, je fus appelé pour visiter Miss Crawford qui, depuis quelque mois, se croyait enceinte. Elle éprouvait des douleurs semblables à celles que l'on ressent dans le travail, et ne pouvait éprouver aucun soulagement.

Les médecins qui la soignaient supposaient être en présence d'une grossesse arrivée à sa dernière période et réclamaient mon aide pour délivrer la malade. L'abdomen était trop élargi et la distension de ses parois pouvait simuler une grossesse, bien que la tumeur ne présentât d'inclinaison marquée que d'un seul côté, et pût être comprimée et facilement refoulée d'un autre côté.

A l'examen vaginal, nous ne trouvâmes rien dans l'état du col et du corps de l'utérus qui pût nous porter à supposer l'existence d'une grossesse. Nous en conclûmes que la malade était atteinte d'une hypertrophie de l'ovaire. Jamais nous

n'avions vu pratiquer d'opération pour l'extraction des kystes de l'ovaire, ni entendu dire que l'on eût essayé d'opérer de semblables tumeurs. Aussi nous fîmes-nous un devoir de prévenir miss Crawford de la position critique où elle se trouvait et des moyens que nous pouvions mettre en usage pour la traiter.

Nous étions en présence d'une femme énergique qui voulut courir les chances de l'opération. Aussi promesse lui fut-elle faite de l'opérer si elle voulait se rendre à notre résidence à Dauville, à 60 milles de son habitation.

La question du transport était assez difficile à résoudre, mais, après réflexion, il fut décidé qu'elle voyagerait à cheval et par étapes. Aussitôt son arrivée à Dauville, nous fîmes l'opération, comme il suit, avec l'aide de notre neveu et collègue le Dr James Mac Dowell.

La malade étant placée sur une table de hauteur ordinaire, étendue sur le dos, et les vêtements qui pouvaient gêner pendant l'opération ayant été préalablement relevés, nous pratiquâmes une incision de 8 centimètres le long du muscle droit abdominal, sur le côté gauche de la cavité abdominale, en la prolongeant de 24 centimètres parallèlement aux fibres du muscle droit. Cette incision intéressait toute l'épaisseur des parois qui étaient assez fortement contusionnées sur une large surface, ce que nous atribuâmes au contact de la selle sur laquelle avait reposé la tumeur pendant le voyage.

Les tissus étant écartés, nous nous trouvâmes en présence d'une tumeur très-volumineuse dont l'extraction ne pouvait se faire en un seul temps.

Une solide ligature fut appliquée sur la trompe de Fallope le plus près possible de l'utérus, puis il fut procédé à l'ouverture de la tumeur formée par l'ovaire et la partie frangée de la trompe Fallope qui était hypertrophiée. Après en avoir extrait quinze livres d'une matière sale, gélatineuse, nous fîmes la section de la trompe Fallope et l'extraction du sac qui pesait sept livres et demie.

Aussitôt après la section des parois abdominales, la masse intestinale avait fait saillie en dehors de la plaie, la cavité

abdominale était remplie entièrement par la tumeur, et il ne fut possible de réintégrer les intestins dans la cavité obdominale qu'après avoir terminé l'extraction de la tumeur, opération qui demanda environ vingt-cinq minutes.

La malade fut alors couchée sur le côté gauche, afin de faciliter l'écoulement au dehors du sang contenu dans la cavité abdominale. Le tout ayant été bien lavé, la plaie fut fermée au moyen de la suture entrecoupée, en laissant au dehors, à l'extrémité inférieure de l'incision, la ligature qui entourait la trompe de Fallope; entre les points de suture nous appliquâmes des bandelettes de diachylon qui, en maintenant les parties en contact, favorisèrent la cicatrisation. La malade fut ensuite portée dans un lit préparé à son intention et nous prescrivîmes un régime antiphlogistique qui fut rigoureusement subi.

Cinq jours après, en la visitant, nous fûmes tout étonné, de la trouver faisant son lit et au bout de vingt-cinq jours, elle pouvait retourner chez elle, complètement guérie. Depuis ce temps elle a continué à jouir d'une bonne santé. »

Ce succès du Dr Mac Dowell attira l'attention des chirurgiens européens, qui, à leur tour, commencèrent à introduire cette opération dans leur pratique. Mais les premiers essais ne furent pas heureux, et en 1840 cette opération était complètement tombée dans le discrédit; aussi ne fut-elle même pas essayée dans beaucoup de cas où elle aurait pu réussir et qui se terminèrent par la mort.

C'est vers cette époque que le Dr Charles Clay, chirurgien anglais, publia une brochure dans laquelle il préconisait l'opération de l'ovariotomie; c'est à lui que l'on doit de lui avoir rendu dans la médecine opératoire le rang qu'elle devait occuper.

En Angleterre, les plus brillants résultats ont été obtenus par ce procédé opératoire et Wells, Clay, Kuth, Brown ont acquis une juste célébrité comme chirurgiens ovariotomistes.

En Amérique, W. Atler, Dunlap, Bradfort et Pearle ont été leurs dignes émules, et ont beaucoup contribué pour leur part à perfectionner cette opération. En allemagne, quelques heureuses modifications ont été apportées au procédé opératoire.

En France, enfin, les premiers essais ont été si malheureux que l'ovariotomie a été tout d'abord fort en discrédit, et ce n'est que dans ces dernières années que Kœberlé et Péan l'ont remise en faveur. Aujourd'hui l'ovariotomie est arrivée à un grand degré de perfectionnement et occupe une des premières places dans la médecine opératoire. Si l'on met en parallèle et la gravité de l'opération et les résultats obtenus, l'on trouve que ces derniers sont très-beaux, et que, comme conditions essentielles du succès, il faut d'abord de la pratique et en second lieu une attention des plus minutieuses pour les moindres détails de l'opération.

Les chirurgiens américains admettent deux espèces d'ovariotomie : la vaginale, et l'abdominale.

Ovariotomie vaginale. — L'ovariotomie vaginale est de rare application, on n'y a recours que pour les petites tumeurs.

Quand la tumeur n'est pas plus volumineuse que la tête d'un enfant d'un an et qu'elle est tombé dans le cul-de-sac de Douglas il est préférable de recourir à l'ovariotomie vaginale. Pour pratiquer cette opération, la malade est placée de façon à ce qu'elle repose sur les coudes et les genoux, elle est maintenue dans cette position au moyen d'un appareil approprié. Récemment le Dr Gilmore a introduit une modification importante dans la position que l'on fait prendre à la malade, en pratiquant l'opération dans la position de Sims.

Le rectum est préalablement vidé, une bougie rectale est introduite pour empêcher cette portion terminale du gros intestin de tomber dans la ligne de l'incision. Le spéculum de Sims est alors introduit et le périnée et la paroi vaginale postérieure sont relevés et portés en haut autant que possible. L'opérateur saisit avec un ténaculum la paroi vaginale qui sépare l'utérus du rectum et après s'être assuré par lui-même que le rectum et les vaisseaux sanguins sont en dehors de la ligne de l'incision, il sectionne le péritoine avec une paire de ciseaux courbes. On peut aussi inciser d'abord la paroi vaginale et quand l'écoulement de sang a cessé, attirer le péritoine au moyen du ténaculum et le diviser.

Après ce premier temps de l'opération, la malade est couchée

sur le dos et la tumeur descend alors dans le cul-de-sac de Douglas. On la fixe avec le plus grand soin au moyen d'un ténaculum, puis on la ponctionne avec un trocart, et le liquide s'écoule par le vagin. Quand il s'est écoulé une quantité suffisante de liquide, on attire la tumeur dans le vagin et la malade peut alors reprendre la position de Sims.

Le sac est attiré au dehors jusqu'à ce que le pédicule paraisse, puis celui-ci est lié au moyen d'un fil double de soie ou de catgut. Alors on pratique la section du kyste. Quant à a ligature, on peut la laisser en dehors du vagin ou en couper le fil très-court près du pédicule. Après avoir lavé les parties avec le plus grand soin et s'être assuré que la ligature est bien faite, le pédicule est rentré dans la cavité abdominale. Quant à l'incision du vagin, elle est fermée par une ou deux sutures de fils d'argent et l'opération est terminée.

La plupart des ovariotomistes sont d'accord pour reconnaître que cette opération n'a guère d'utilité réelle, qu'elle n'est applicable que dans des cas très-rares et peut offrir parfois de grandes difficultés par suite de l'épaisseur des parois du vagin.

Ovariotomie abdominale. — Le chirurgien ayant porté un diagnostic certain, l'opération étant décidée et le jour fixé, il faut d'abord préparer la malade.

Un régime tonique est prescrit ; beaucoup de chirurgiens attribuent dans ce cas une valeur toute spéciale aux préparations errugineuses. . On recommande à la malade de prendre un exercice modéré, de s'établir à la campagne, dans un lieu bien aéré, de s'entourer de parents, d'amis, dont la gaîté puisse lui procurer d'agréables distractions. Tous ces détails d'hygiène jouent un grand rôle dans le traitement préparatoire.

Deux jours avant l'opération les intestins seront franchement nettoyés au moyen d'un purgatif doux. De plus, il faudra s'assurer que la période menstruelle aura eu lieu au moins une semaine avant, de manière à éloigner tout affluence de sang des organes avoisinant le siége de l'opération.

Ni l'opérateur, ni les aides ne devront se mettre dans des conditions où ils puissent servir d'organes de transmission pour des maladies contagieuses, ou infectieuses, en faisant une

autopsie ou une dissection le jour qui précède l'opération.

Le rectum peut être vidé quelques heures avant l'opération et la vessie au moment où l'on porte la malade sur le lit de misère.

Quelques chirurgiens, peu d'instants avant l'opération, administrent une petite dose d'opium pour ses effets antiphlogistiques.

La température de la chambre doit être de 17° c. et l'air humidifié par une évaporation d'eau.

La position la plus commode pour l'opérateur et la malade est la position en demi-flexion. Quant au choix de l'anesthésique, chacun emploie celui qui lui semble devoir produire le moins de vomissements.

La malade étant anesthésiée, l'opérateur se place au côté droit et, avec un bistouri, fait sur la ligne blanche une incision partant d'un point placé à 54 millimètres au-dessous de l'ombilic, et s'étendant jusqu'à un autre point situé au-dessus de la symphyse pubienne.

Il y a divergence d'opinions entre les ovariotomistes sur l'étendue que l'on doit donner à l'incision et beaucoup d'entre eux sont partisans de la courte incision.

Quand la tumeur est volumineuse, on peut agrandir l'incision si elle est trop petite en la prolongeant en haut et à gauche du nombril, pour éviter d'intéresser le cordon ombilical qui s'étend de ce point au foie.

La peau et le tissu adipeux étant sectionnés, il faut ensuite rechercher la gaîne des muscles droits. On la saisit alors avec le ténaculum, on y fait une boutonnière, puis on la divise avec la sonde cannelée.

L'intervalle qui sépare les muscles droits étant ainsi mis à découvert, on l'incise avec précaution pour mettre à nu les parois péritonéales. Dès que tout écoulement de sang a cessé, on sectionne le péritoine sur la sonde cannelée. Cette incision paraît fort simple par elle-même, et cependant il est arrivé, en plus d'une occasion, à d'habiles opérateurs de n'avoir intéressé dans l'incision que le feuillet pariétal du péritoine, et d'avoir

déchiré les attaches musculaires en recherchant les adhérences, parce qu'ils croyaient être dans la cavité abdominale.

La cavité abdominale étant ouverte, la tumeur se reconnaît aisément, et l'on arrive au second temps de l'opération qui consiste à rechercher les adhérences de la tumeur et à les détruire. L'opérateur peut alors, au moyen d'une sonde ou d'un stylet, explorer les alentours de la tumeur pour s'assurer de l'étendue des adhérences.

A ce moment l'on peut déjà présager des résultats de l'opération, d'après la nature et l'étendue des adhérences.

Les principales attaches peuvent se faire aux parois abdominales et alors l'on peut les détruire sans danger, mais si elles sont en connexion intime avec l'épiploon et les viscères abdominaux, l'opérateur est parfois forcé de renoncer à l'opération et de fermer l'incision.

Quand on a eu recours à la courte incision, il peut être nécessaire de l'agrandir afin d'éviter toute traction quelque petite qu'elle soit, pour arriver jusqu'aux adhérences.

Une fois bien fixé sur l'étendue des adhérences, l'opérateur s'étant lavé la main et l'ayant plongée dans une cuvette d'eau tiède, l'introduit dans la cavité abdominale et fait le tour de la tumeur pour détruire avec le plus grand soin toutes les adhérences. C'est le moment de l'opération qui exige le plus grand soin, la plus grande attention et le plus d'habileté. Les attaches épiploïques demandent une attention toute particulière, car elles sont très-vasculaires, et, avant de les détruire, l'opérateur peut au préalable faire des ligatures avec de la soie fine ou mieux encore avec du catgut.

Il faut surtout éviter la rupture des parois du kyste et l'écoulement du liquide qu'il contient dans la cavité péritonéale.

Les adhérences détruites, c'est le moment de s'assurer si la tumeur est un kyste ovarien ou une tumeur solide. Pour cela l'on a recours à la ponction exploratrice. Le D[r] Spencer Wells fait usage pour la ponction du kyste d'un trocart spécial muni d'une canule. Ce trocart est muni de sortes de griffes ou pinces au moyen desquelles on le fixe contre les parois de la tumeur;

Au moment où le liquide s'écoule au dehors, les parois abdominales peuvent être ramenées et maintenues contre les parois de celle-ci, pour empêcher le contenu du kyste de pénétrer dans la cavité abdominale.

Quand le kyste est à une seule loge, il peut être vidé sans difficulté; mais, s'il est multiloculaire, il sera nécessaire d'introduire le doigt et de déchirer les parois des loges, après avoir retiré le trocart. Le kyste étant vidé ou à peu près, l'opérateur l'attire en avant et porte toute son attention sur les quelques adhérences qui ont pu résister aux efforts antérieurs. Toute lésion des viscères, toute hémorrhagie doivent être surtout évitées et s'il est nécessaire de faire une dissection des parties, ce doit être toujours aux dépens des parois du kyste.

Toutes les adhérences étant détruites et le kyste amené au dehors de la cavité abdominale, l'on arrive au troisième temps de l'opération, qui offre souvent de grandes difficultés. C'est pour ce troisième temps qu'il y a une grande divergence d'opinions parmi les ovariotomistes sur le mode d'après lequel l'on doit opérer, et sur la façon dont on doit traiter le pédicule.

En agissant sur le pédicule du kyste, l'opérateur a pour but de s'assurer contre toutes chances d'hémorrhagie, mais encore faut-il avoir recours aux manœuvres qui exposent le moins à l'inflammation consécutive du péritoine.

Il y a deux modes d'opérer et de traiter le pédicule, l'un dit intra-péritonéal, l'autre extra-péritonéal, et encore chacun de ces deux modes présente-t-il quelques variétés.

Dans la méthode intra-péritonéale, le pédicule peut ou être lié avec un fort fil de soie, puis sectionné à une certaine distance, et alors le tronçon est replacé dans la cavité abdominale, en laissant les ligatures sortir par la partie la plus inférieure de l'incision, ou être lié avec des fils de soie, puis les deux ligatures et les fils de soie sont coupés, le bout abdominal replacé dans la cavité et la plaie est complètement fermée, ou être divisé par le cautère actuel et replacé dans la cavité abdominale, ou enfin par l'écraseur. En remplaçant les fils de soie par le catgut,

il n'est plus nécessaire de laisser au dehors les fils à ligature, et l'on peut fermer entièrement la plaie.

Enfin il existe encore une autre méthode qui peut dans certains cas offrir une précieuse ressource, c'est l'énucléation, préconisée par le Dr Miner de Buffalo et dernièrement employée avec succès par le professeur Samuel Logan. Elle consiste à séparer le kyste de ses attaches vasculaires au moyen de la hampe du scalpel et des doigts, à l'extraire ensuite et à fermer la plaie.

Dans la méthode extra-péritonéale, ou le pédicule est lié avec soin et son tronçon fixé dans la plaie, ou on peut le comprimer avec une espèce de serre-fine ou de petit appareil à pression continue qui maintient en même temps l'extrémité abdominale du pédicule dans la plaie.

La nature des cas qui se présentent, la longueur plus ou moins grande du pédicule, sont autant de raisons qui peuvent influencer le choix de la méthode de traitement du pédicule. Quel que soit du reste le mode d'opérer que l'on emploie, nous devons reconnaître tout d'abord, que chacun d'entre eux a ses partisans.

D'après les statistiques données par le Dr L. Mac Murtry, il semble qu'il existe peu de différences entre les résultats obtenus par les deux méthodes de traitement du pédicule. Cependant il paraît plus rationnel, aujourd'hui que le catgut peut avantageusement remplacer le fil de soie, d'employer la méthode intra-péritonéale, de lier solidement le pédicule, de sectionner en même temps le kyste et le fil à ligature, et laisser les ligatures s'enkyster dans la cavité abdominale.

Le pédicule ayant été lié et réintégré dans la cavité abdominale, le péritoine est lavé avec soin. Des recherches récentes ont en effet démontré que bien des résultats fatals, attribués à la péritonite, étaient réellement dusà la septicémie; aussi le lavage du péritoine est-il un point des plus importants dans l'opération ; on pourrait employer à cet effet une solution phéniquée légèrement titrée.

Pour obvier aux dangers de la septicémie. le Dr Marion Sims

a eu l'idée de ponctionner le cul-de-sac de Douglas, après avoir bien lavé la cavité péritonéale et d'y faire passer un tube de drainage qui par cette voie arrive dans le vagin.

Des deux extrémités du tube de drainage l'une sort par la partie la plus inférieure de l'incision abdominale, l'autre par le vagin. On assure ainsi le libre écoulement des liquides et l'on a en même temps le moyen de laver la cavité abdominale.

Les ovariotomistes diffèrent d'opinions sur le point de savoir si l'on doit comprendre le péritoine dans les sutures qui doivent réunir les lèvres de la plaie. Les résultats que l'on a obtenus démontrent que c'est une question de peu d'importance.

Les sutures profondes se font avec des fils d'argent et sont fixées à quelque distance des bords des lambeaux. Pour les parties superficielles, l'on emploie la suture ordinaire avec les épingles. L'opération achevée, on nettoie la malade et on la porte sur un lit préparé d'avance. On entoure le ventre d'une épais bandage de flanelle, de l'eau chaude est mise aux pieds et l'on a recours à tous les moyens usuels pour produire la réaction. Aussitôt que la malade cesse d'être sous l'influence de l'anesthésique, on lui administre un peu d'opium pour son action antiphlogistique et en même temps pour amener le calme. Les urines sont évacuées avec soin au moyen d'une sonde afin d'éviter tout effort. L'hémorrhagie, la prostration nerveuse, la péritonite et la septicémie, sont par ordre d'apparition les complications qui peuvent survenir.

Quand il se produit une hémorrhagie, l'on doit ouvrir la plaie, chercher la source de l'hémorrhagie et l'arrêter d'une manière efficace.

La prostration nerveuse, la péritonite et la sépticémie doivent se traiter comme dans toutes autres circonstances.

En mai 1874, la statistique suivante a été publiée ; il est à regretter que nous ne puissions y joindre les cas qui ont été opérés en France.

TABLEAU DE STATISTIQUE

NOMS des OPÉRATEURS	NOMBRE DES CAS	NOMBRE DE GUÉRISONS	MOYENNE DE GUERISON POUR 100	PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION
SPENCER WELS	500	375	75	Anesthésie; bichlorure de méthylène; courtes incisions; pédicule fixé à l'extérieur par une sorte de serre-fine (*With-Clamp*).
CLAY	250	182	72.80	Longue incision, pédicule assuré par une double ligature, tronçon du pédicule rentré dans la cavité abdominale, et ligature sortant à travers l'incision.
I.-B. BROWN	120	84	70.01	Pédicule divisé avec le cautère actuel et tronçon de pédicule rentré dans la cavité abdomiuale.
KEITH	136	111	81.61	Coute incision; pédicule fixé avec un appareil à pression continue (*With Clamp*).
TYLER SMITH	17	14	82.35	Pédicule lié, ligature coupée très-courte; tronçon du pédicule rentré dans la cavité abdominale.
W.-L ATLEE	246	172	70	Anesthésie; éther sulfurique; pédicule comprimé par une espèce de serre-fine (*With Clamp*).
DUNLAP	60	48	80	Pédicule lié; tronçon du pédicule rentré dans les cavités abdominales; ligature sortant par l'incision.
BRADFORT	30	27	90	Pédicule lié; ligature coupée très courte; trouçon du pédicule rentré dans la cavité abdominale.

DE LA

RÉTENTION DU PLACENTA

APRÈS L'AVORTEMENT.

Par le Dr A. Cordes (de Genève).

(SUITE ET FIN) (1).

Traitement. — L'accouchement est une fonction; fonction absolument physiologique, composée de deux actes, tous les

(1) Voir le numéro d'octobre, p. 247.

deux mécaniques, expulsion du *fœtus*, expulsion des *annexes*. La conduite du médecin, dans l'accouchement normal, est donc l'expectation pure. Il ne doit intervenir que lorsque l'un ou l'autre de ces deux actes devient difficile ou dangereux.

Avortement ou accouchement avant terme. — Je dois les confondre dans ce mémoire, puisque mon sujet est l'expulsion plus ou moins tardive du placenta avant terme, et que je n'ai point à considérer la viabilité ou la non-viabilité du fœtus. — L'avortement est un *accident*, un écart des lois naturelles; mais nous y retrouvons les mêmes lois que dans l'accouchement à terme.

Quoique l'on puisse considérer l'avortement comme *un accouchement en petit*, les conditions mécaniques, tout en restant les mêmes, car c'est toujours l'expulsion d'un corps solide à travers un canal de dimensions limitées, s'y trouvent restreintes. La contraction, en effet, agent de l'expulsion, est moindre que dans l'accouchement à terme. Le corps à expulser est moindre aussi, c'est le fœtus, non-seulement d'un volume moindre que le fœtus complètement développé, mais aussi plus souple et plus malléable; c'est le placenta, plus petit que celui d'un fœtus arrivé au terme de la gestation, mais aussi plus fréquemment adhérent, et comparativement plus volumineux que celui d'un fœtus à terme. Enfin, le troisième élément de la question est représenté par le col, dont nous n'avons pas à exiger une dilatation aussi considérable que celle que demande le passage d'un fœtus à terme. Mais, d'un autre côté, le col n'a pas subi la préparation normale que devait lui donner l'évolution physiologique de la grossesse. Il n'est pas suffisamment ramolli, il n'est que peu ou pas effacé. Il offre donc plus de résistance que le col d'une femme arrivée à la fin de son neuvième mois.

En résumé, nous avons:

1° Une contraction utérine faible;

2° Un corps assez volumineux et souple, mais friable, à expulser;

3° Un passage peu dilatable;

Telles sont les trois conditions qui se présentent à nous, dans

l'avortement, conditions qui différencient l'avortement de l'accouchement normal.

Nous allons donc examiner successivement les difficultés du corps utérin, du placenta lui-même, et du col.

Cette classification, toute rationnelle qu'elle est, ne peut répondre d'une manière parfaite à tous les cas. *Natura non facit saltus ;* les cas *limites* pourront presque indifféremment rentrer dans l'une ou l'autre des classes que j'ai tracées. C'est ce fait qui, dans toute la médecine, amène les divergences d'opinions entre les auteurs. Toute classification pathologique renferme un peu d'arbitraire, quelque naturelle qu'elle paraisse, elle conserve toujours un élément artificiel, et je ne me dissimule pas que la ligne de démarcation est impossible à tracer entre les cas cliniques; les difficultés se compliquent les unes par les autres et s'ajoutent les unes aux autres.

Par exemple, une contraction utérine, insuffisante pour détacher le placenta, amènera, toutes choses égales d'ailleurs, une adhérence placentaire trop forte; le placenta, restant fixé à la paroi utérine, ne fera rien pour la dilatation.

Ma classification n'a donc pour but que de faciliter l'étude des cas.

Nous pouvons entrer immédiatement dans la question du traitement. Qui dit traitement suppose état pathologique, et dans l'espèce, où commence l'état pathologique de l'avortement, où finit l'*avortement physiologique*? si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire l'avortement qui, accident lui-même, mais nullement dangereux par lui-même, suit son évolution normale.

L'avortement cesse d'être physiologique dès que l'organisme ne tolère plus le placenta — le cadre de mon sujet ne comprend pas l'expulsion du fœtus — dès qu'il cherche à s'en débarrasser, dès qu'il le traite en corps étranger. En d'autres termes, quand il se produit des contractions utérines, quand la patiente perd du sang, quand sa perte sanguine, ou simplement séreuse ou roussâtre, a une odeur putride, alors, mais alors seulement nous devons venir en aide à l'organisme impuissant.

Pourquoi voudrions-nous arracher de l'utérus un corps qui en ait partie, un vrai organe, qui vit, puisque le sang maternel

y circule, si la nature ne nous montre pas que ce soi-disant corps étranger lui est incommode? Pourquoi faire de l'obstétrique indiscrète? Pourquoi imposer, et aux prix de quels dangers! notre intervention à un utérus qui ne demande que du repos?

Veillons, surveillons, restons dans ce que j'appellerai l'*expectation armée*, prêts à agir au premier symptôme fâcheux, ayant sous la main tout ce qui pourra nous être utile pour écarter le danger. Mais ne cherchons pas à devancer la nature ; elle sait souvent se venger des indiscrets qui lui font des prévenances.

Quel est le chirurgien qui poserait en règle d'enlever une tumeur qui *pourrait* devenir dangereuse, mais qui ne l'est pas actuellement, qui n'est même pas gênante? Ici ce n'est pas même une tumeur dont le développement ultérieur pourra incommoder les organes voisins, et pourra acquérir un volume assez considérable pour que son ablation devienne difficile, dangereuse ou impossible.

C'est un corps vivant, point disposé à s'accroître, et qu'il sera aussi facile, plus facile même, d'enlever, si nous savons attendre.

Mais la scène change, si ce corps vivant devient un corps étranger. Alors, et immédiatement, sans tarder, il nous faut agir.

Le placenta est décollé, sa présence irrite l'utérus, y excite des contractions souvent impuissantes à l'expulser; le point où le délivre était fixé nous présente une porte de sortie par où s'écoule le sang de notre malade, et une porte d'entrée par laquelle vont pénétrer les produits putrides auxquels donne lieu la décomposition placentaire. Là, mais là seulement, commence l'état pathologique ; là aussi commence notre rôle.

Sans doute, nous aurions été plus tranquilles, si, dès le premier instant, le délivre eût été expulsé ; sans doute, si nous n'avions eu qu'à le *cueillir*, nous aurions bien fait d'en délivrer la patiente. Mais sa présence ne causait aucun trouble, nous l'avons supposé; nous l'avons abandonné, et nous avons bien fait. Maintenant l'organisme nous fait voir qu'il désire se débarrasser d'un hôte incommode, nous devons l'aider dans son expulsion. Jusque-là, notre devoir était d'attendre. Qui nous

dit, après tout, qu'il est anormal qu'un placenta abortif reste greffé sur l'utérus ? Tant que l'utérus le tolère, nous n'avons pas à intervenir. Si ce n'était pas trop familier pour un mémoire scientifique, je citerais volontiers le proverbe : entre l'arbre et l'écorce... Si nous arrachons le placenta, nous allons faire une plaie à l'utérus ; qui la refermera ? Sommes-nous certains que la matrice se contractera pour oblitérer le calibre de ces vaisseaux, que nous avons déchirés *d'un cœur léger* ?

Mais supposons que nous ayons tous les bonheurs, l'utérus n'attend que nous pour se rétracter. Sommes-nous assurés d'avoir tout enlevé ? Nous n'en savons rien, nous le verrons dans quelques jours, si la perte n'est pas fétide, si elle devient purement lochiale, et si quelques symptômes ne venaient pas nous annoncer l'invasion d'une métrite, suite d'une intervention intempestive.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur cette question se sont préoccupés davantage des dangers que peut causer la rétention du placenta, que des périls que fait courir à la malade une intervention prématurée (1).

Ainsi Scanzoni (*Geburtshülfe*, 3e éd., 1855) : « Nous avons eu fréquemment l'occasion d'observer des pertes de sang prolongées et diverses maladies chroniques des organes générateurs, amenées par le séjour du placenta dans l'utérus. »

Il conseille de tâcher le plus souvent possible d'avoir l'œuf entier, et de ne pas le morceler. C'est aussi l'opinion de Ramsbotham (*Obstetric Medicine and Surgery*, 5e éd., 1867). On ne saurait que partager leur idée ; il est, en effet, incontestable qu'il vaut mieux extraire l'œuf en une seule séance, que de le séparer par morceaux. On peut alors, avec tout avantage, et en toute sécurité, employer contre l'hémorrhagie, si elle continue, l'ergot de seigle que Scanzoni recommande chaudement en potion, à la dose de 2 à 4 grammes dans 180 grammes de colature, dont il prescrit d'heure en heure deux cuillerées à soupe,

(1) Je ne m'occuperai guère ici que des auteurs contemporains étrangers, l'historique de la question et l'examen des auteurs français sont faits assez complètement dans la thèse de Castera (Thèse de Paris, 1876).

et en lavement à la dose de 8 grammes sur 240 grammes de colature, à répéter d'heure en heure ou de deux en deux heures, suivant les circonstances.

Pour moi, comme Bailly (*Traitement de l'avortement*, p. 23) « je ne suis pas encore fixé sur le degré d'utilité que peut avoir, au point de vue exclusif de l'expulsion de l'œuf, l'administration du seigle ergoté dans l'avortement. » Mais, comme hémostatique, il rend de grands services.

Scanzoni recommande de plus les frictions méthodiques faites sur le fond utérin, les compresses et les aspersions froides sur le bas-ventre, les injections d'eau froide dans le vagin et, si possible, dans la cavité utérine, l'introduction de morceaux de glace dans le vagin, et le tamponnement.

L'extraction manuelle, d'après lui, est indiquée, si, avec ou sans l'aide du tampon, l'orifice du col est suffisamment dilaté, pour que l'on puisse y introduire deux doigts, et que cependant l'expulsion se fasse attendre. Si l'œuf est rompu, il conseille de saisir et d'extraire la partie qui se présente.

« Si l'on se voit, dit-il, dans l'obligation » — il ne dit pas quel est le symptôme qui nous y contraint — « de morceler l'œuf, nous croyons utile, d'après notre propre expérience, de procéder à l'enlèvement des annexes, aussitôt après l'extraction du fœtus. »

Les cas où l'on est obligé de morceler l'œuf, c'est-à-dire de le déchirer et de l'arracher, doivent être bien rares.

« Et, si le placenta adhère fortement, on le détachera artificiellement. » Ce *détachement artificiel* ne ressemble guère à celui qu'on peut faire à l'accouchement à terme ; dans ce dernier cas, on introduit la main dans l'utérus, et on décolle doucement, avec les doigts, comme on le ferait pour la peau d'une orange, le large gâteau placentaire, dont le volume donne de la prise aux doigts de l'opérateur.

Mais, dans le cas de l'avortement, nous avons affaire à un utérus peu développé, à un placenta petit, fort adhérent, et les tiraillements produits par toute espèce de pinces me paraissent plus nuisibles qu'utiles. Seuls la curette de Pajot et

l'écraseur à fil métallique, promenés sur la face utérine intérieure pour la *raser*, me paraissent applicables.

Peut-être aussi pourrait-on employer l'instrument présenté par le Dr Rasch à la *British medical Association*, le 6 août 1873. « C'est une pince sensible, dont un des mors est représenté par le doigt indicateur, l'autre mors est une sorte de cuiller, tout juste assez profonde pour le doigt. » L'emploi de cet instrument est assez indiqué par cette courte citation ; Rasch, après cinq ans d'essai, croit pouvoir le recommander.

Spöndly, nous l'avons vu par ses observations, est absolument partisan de l'intervention chirurgicale dans la rétention placentaire.

Il serait trop long de reprendre une à une ses trente et une observations, pour les examiner à ce point de vue, d'autant plus qu'elles sont trop concises, et ne nous donnent pas assez de détails sur les particularités de chaque cas.

Je ferai seulement remarquer que ces tentatives d'extraction ne sont pas toujours inoffensives, puisque, dans l'observation III, elles ont causé des crises hystériques ; elles n'étaient, dans ce cas, même pas justifiées, puisque la malade n'avait que peu d'hémorhagie au moment où Spöndly a opéré.

Dans l'observation VII, l'abondance des lochies me paraît indiquer, quoique Spöndly ne le dise pas, qu'il n'a pas réussi à enlever tout le délivre.

Dans les obs. VIII et XXIII, Spöndly l'avoue, il fut obligé de laisser quelques débris dans l'utérus.

Dans l'obs. XIII, qui se termine par la mort, Spöndly lui-même témoigne presque un regret d'avoir détaché le placenta, et cependant ses tentatives n'ont duré que 10 minutes.

Dans le cas XVII, Spöndly qui a eu le malheur de voir une périmétrite se produire à la suite de son opération, se demande s'il n'aurait pas dû attendre qu'il y eût un peu plus de dilatation.

Dans aucun de ces cas, Spöndly n'a employé d'instruments, un ou deux doigts lui ont toujours suffi pour le détachement de l'arrière-faix. C'est certainement à sa grande habitude de cette

opération qu'il doit de n'avoir eu qu'une mort après une manœuvre que je crois imprudente dans la plupart des cas.

N. Charles (de Liége), (*Gazette obst. de Paris*, 1875, p. 20), s'élève avec raison contre l'emploi des pinces, qui peuvent, dit-il, « léser la matrice, et entraîner, surtout si l'on a peu d'habitude, des lésions plus ou moins sérieuses. » Quant à la question du temps au bout duquel il faudrait, comme l'ont indiqué quelques auteurs, aller chercher le placenta, « je pense, dit-il, que la règle de conduite est dictée par les accidents, l'état du col, et celui de la patiente » (1).

Il n'est pas possible, comme le voudrait Guéniot, de fixer une limite précise à l'expectation pour chaque époque de la grossesse; les symptômes seuls doivent nous guider.

C'est aussi l'opinion de Castera (*loco citato*), p. 33 *et seq.*, exprimée en termes très-nets et très-précis. Castera combat, en fort bons termes, et avec tout le respect dû à leur valeur, les accoucheurs qui veulent faire la délivrance « la montre à la main. »

Quo natura vergit, eo ducendum, telle doit être notre règle et notre principe. Aidons la nature, ne cherchons pas à la supplanter. N'intervenons que lorsqu'il se produit un symptôme inquiétant. Soyons prêts à le combattre, dès son apparition, mais sachons attendre, car vouloir le prévenir serait souvent le faire naître. Voyons maintenant quels sont les dangers qui peuvent se présenter, quels sont nos moyens d'action, et quelles sont les difficultés que nous rencontrerons dans l'application de nos moyens thérapeutiques, médicaux ou chirurgicaux.

Et d'abord l'hémorrhagie.

L'hémorrhagie utérine, comme toute hémorrhagie, ne peut se produire que par la rupture des vaisseaux. Aussitôt les vaisseaux oblitérés, la perte cessera. Les vaisseaux peuvent s'oblitérer de deux manières, soit par la production de caillots dans leur lumière, soit, et surtout dans l'hémorrhagie utérine, par la contraction des fibres musculaires qui les entourent, et

(1) Le cas que Charles fait suivre de ces réflexions est rapporté en résumé dans ce mémoire, sous le nº XLVII.

qui, en rétrécissant leur calibre, facilite la production des caillots obturateurs.

Nos grands moyens d'action seront donc tous les *hystéro-moteurs*, l'ergot, administré par la bouche, en lavement, ou en injection sous-cutanée, si l'estomac ou le rectum ne le tolère pas, comme cela se voit à la suite des grandes pertes, et même assez souvent en dehors des accidents graves. La quinine administrée aussi, soit par la voie stomacale, soit par la voie rectale, soit encore par la voie plus rapide du tissu cellulaire sous-cutané, nous rendra de grands services. Je n'en suis plus à compter par unités le nombre des cas où je l'ai vu produire des contractions et l'arrêt de l'hémorrhagie, quelquefois même, comme dans l'observation I, elle chasse le placenta, que l'ergotine avait été impuissante à faire expulser.

La térébenthine, trop négligée comme agent hémostatique, m'a souvent aussi été fort utile.

La cannelle et le borax sont recommandés en Angleterre; je ne puis en parler scientifiquement, ainsi que du café, ne les ayant jamais employés seuls.

Tous ces remèdes s'adressent au pouvoir excito-moteur de la moelle. Pour qu'ils agissent, il faut donc que ce pouvoir soit conservé; en d'autres termes, il faut que notre malade ait encore une force réactionnelle, et que la moelle puisse réagir, pour faire entrer l'utérus en contraction.

On voit des cas où cette force est absolument perdue; la malade gît, exsangue, sur son lit; à peine perçoit-elle les excitations les plus violentes qu'on exerce sur la peau. Si l'on pouvait la faire sortir de son collapsus, l'utérus se contracterait sans doute, et l'hémorrhagie s'arrêterait. Dans un cas de ce genre, je tenterais l'injection hypodermique de 1 ou 2 grammes d'éther, recommandée par le Dr Macan (*Obstetrical Society of Dublin*, 11 mars 1876) et qui lui a donné un succès, dans le seul cas où il l'ait pratiquée (1).

Je le ferais avant d'en venir aux applications locales intra-

(1) Pendant que ce qui précède était à l'impression, j'ai eu un succès par cette méthode (A. C.).

utérines, qui ne laissent pas que de m'inspirer quelque crainte, quoique j'en aie obtenu un succès, dans le seul cas où j'aie cru devoir en faire usage. Mais, sans vouloir réveiller la longue polémique à laquelle ces applications topiques ont donné lieu en France et à l'étranger (1), je dirai simplement que, à prendre les choses au pis, il me paraît moins pénible de voir une femme succomber, au bout de quelques jours, aux suites d'une injection de perchlorure, par exemple, que de la voir expirer sous nos yeux, d'une hémorrhagie que nous ne savons pas arrêter. C'est assez dire que je n'en conseille l'emploi que dans les cas dans lesquels la malade va mourir d'hémorrhagie, si nous ne venons pas courageusement à son secours. Dans ces cas, nous appliquerons le perchlorure de fer, la teinture d'iode iodurée, conseillée par Dupierris, le persulfate de fer, etc. Une solution de tannin dans la glycérine, à parties égales, — cette solution ne peut se faire qu'à chaud — m'a permis d'arrêter assez fréquemment de fortes pertes.

La compression de l'aorte, les massages méthodiques de l'utérus auront été employés avant les applications intra-utérines, ou le seront concurremment avec elles.

Tous ces moyens, supposons-le, ont arrêté l'hémorrhagie, mais il se peut que l'organisme n'ait plus la quantité de sang nécessaire à son fonctionnement. Il nous faudra alors recourir à la transfusion. Cette opération est trop connue, et trop à l'ordre du jour actuellement, pour que je la décrive dans un mémoire auquel je crains d'avoir déjà donné un développement trop considérable.

L'inertie utérine, le défaut de rétraction du point d'insertion placentaire, ne sont pas les seules causes de l'hémorrhagie utérine. Elle peut être produite — c'est même là sa cause la plus habituelle — et entretenue par le séjour d'un débris ovulaire dans la cavité de l'organe.

---

(1) Le Dr Komorowski vient de faire paraître sur ce sujet une monographie qui fait un historique assez complet de la question : *Des injections intra-utérines et de leurs indications dans les suites de couches.*

Nous allons donc examiner la conduite que nous devons tenir dans les cas de rétention d'une partie de l'œuf. Une fois ces débris expulsés, nous pouvons espérer que la perte s'arrêtera; mais, tant que l'utérus renfermera le plus petit reste ovulaire, nous ne pourrons pas être rassurés au sujet de notre malade, qui sera exposée à des pertes intermittentes, souvent très-considérables, et aux conséquences de la putréfaction des débris de l'œuf.

Cette idée, que je partage, est généralement admise; il est cependant intéressant de noter l'opinion de Denman, qui fait autorité. Il dit (*Introduction to midwifery*, 2e éd., vol. II, p. 283) : « J'ai vu bien des cas où le placenta a été expulsé, à différentes époques de la grossesse, la malade étant en parfaite santé; quand elle est malade, la putridité du placenta *m'a paru clairement* être la conséquence, non la cause de la maladie. En tout cas, on a à craindre beaucoup moins d'accidents de la rétention d'un placenta putride, que de tentatives faites au moyen des remèdes ordinaires ou de l'intervention manuelle. »

Citerai-je encore Davis (*Principles and Practice of obstetric medicine*; London, 1836, p. 1036) qui, tout en reconnaissant les dangers de la rétention d'un placenta putride, ne les combat que par des injections intra-utérines « d'une durée, chacune, d'une ou deux heures au moins, « et faites avec de l'eau aussi chaude que la malade peut la supporter? »

Les (*Lectures on midwifery*, London, 1844, p. 194) recommande « de faire garder à la malade, le décubitus dorsal, et d'examiner de temps en temps, pour enlever la caduque, si elle a traversé le col. »

Dewees (*System of midwifery*, p. 415) : « Dans les cinq premiers mois, la cavité utérine est trop petite pour admettre la main ou deux doigts, ou même un seul; en conséquence, toute tentative d'enlèvement du placenta, faite avec la main seule, échouera presque toujours. »

Ingleby dans son *Uterine Hæmorrhage*, p. 117, affirme que « l'extraction manuelle du placenta est impossible avant le sixième mois. »

Burns (*abortion*) craint les tentatives « trop promptes (1) et non nécessaires. » Il se confie surtout dans les injections, les palliatifs, et l'émétique.

Je ne serais pas éloigné, dans les cas d'hémorrhagie modérée, causée par une rétraction du placenta, de donner de l'ipéca ou de l'émétique, non-seulement comme antihémorrhagique, mais comme ecbolique; je crois en effet avoir remarqué, dans les vomitifs, même à dose seulement nauséeuse, en dehors de la secousse produite par le vomissement, une action musculo-motrice sur l'utérus. Le nombre des cas,—fort restreint naturellement, puisque cette observation m'a rendu très-prudent dans l'administration des émétiques chez les femmes, — ne me permet pas de conclure absolument.

Blundell et Churchill regardent l'extraction manuelle comme praticable, mais la réservent pour des cas exceptionnels, car ils la regardent comme « non exempte de danger. » Blundell désire que la main de l'accoucheur soit petite, et bien exercée. L'éducation de la main, chacun reconnaît qu'elle est nécessaire; quant à son volume, je n'ai pas l'honneur d'avoir connu Blundell, mais je parierais qu'il avait la main mignonne... et qu'il le savait.

Tyler Smith, au contraire, est courageusement agissant (*Manual of obstetrics*, p. 154-155). Il n'hésite pas, quand cela est nécessaire, à « introduire la main dans le vagin et un doigt dans l'utérus. » Il ajoute : « Je n'ai jamais vu aucun accident résulter de cette manœuvre. » Plus loin : « Il ne peut guère se présenter de cas dans lequel l'embryon et les membranes, ou des débris de membranes, retenus dans l'utérus, ne puissent pas être détachés et extraits par le doigt. Le temps et la patience sont quelquefois nécessaires pour cette manipulation; mais elle n'a jamais échoué, que je sache. » Hall Davis est aussi nettement partisan de l'extraction manuelle (*Obst. Trans.*, 3, p. 168).

Le Dr Priestley, actuellement président de la Société Obsté-

---

(1) Le mot anglais, *rash*, signifie à la fois prompt et brusque.

tricale de Londres, dans un travail très-étudié sur la question, présenté le 1er mai 1861, à cette société, et auquel j'ai emprunté la plupart des citations qui précèdent, ajoute que la question est encore difficile à trancher, et n'est point décidée. Il demande l'avis de la société sur la conduite à tenir dans le cas qui nous occupe, et il cite 8 cas. Les avis sont partagés, mais les membres de la société inclinent plutôt vers l'intervention manuelle ou instrumentale. Après tout, et le Dr Priestley le dit avec beaucoup de vérité, un médecin qui ne saurait que ce qui a été écrit sur ce sujet serait fort embarrassé de savoir que faire, en face d'un cas de rétention du placenta. Ce défaut de précision dans les auteurs me paraît tenir à ce qu'ils n'ont pas suffisamment tracé la limite entre les cas. Dans les uns, il y a un accident, il faut agir; dans les autres, il n'y a pas d'accident, laissons agir la nature, tout en nous tenant prêts à la seconder, ou à combattre les dangers qui peuvent surgir. C'est pour cela que tous les traitements, actifs ou expectants, réussissent; c'est parce que tout médecin, selon les particularités du cas qu'il a sous les yeux, se décide pour l'intervention ou pour l'attente, suivant les symptômes, et que, dans un même cas, il attend, agit, puis attend de nouveau, selon qu'il voit un danger, ou que le péril est conjuré.

Sans doute, il faut le reconnaître, le résultat est plus *brillant* quand l'intervention active réussit, et, encore une fois, il est difficile, surtout à un débutant, de « savoir ne rien faire. » Mais sachons attendre, si l'intérêt de notre patiente le demande.

Du reste, Ramsbotham l'a remarqué, et nous pourrons l'observer quand nous le voudrons, le placenta d'un œuf jeune ne se putréfie pas aussi constamment, ni aussi rapidement que celui d'un fœtus à terme.

Ce fait tient sans doute à deux causes principales: la moindre facilité qu'a l'air de pénétrer dans l'utérus, peu volumineux, et dont le col est souvent fermé, et surtout à l'adhérence considérable du placenta, qui en fait un corps réellement *vivant*, et, comme je le disais, presque un organe appartenant à l'utérus.

C'est pour cela que nous devons nous garder de convertir un placenta vivant en un corps étranger, en le détachant partielle-

ment, et en le déchirant. Les débris qui résultent de cette segmentation, si nous ne pouvons pas les extraire tous, et immédiatement, seront une cause d'irritation pour l'utérus, et amèneront, même s'ils ne se putréfient pas, comme le dit Priestley (*loc. cit.*), « une autre hémorrhagie que celle que produit la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires; le placenta agit comme un polype ou un fibroïde, il irrite l'utérus et produit une congestion de sa muqueuse, qui se *soulage* par une perte sanguine. »

Priestley remarque que « communément l'ergot a pour effet de fermer plus exactement le col, sans produire le résultat désiré... dans la plupart des cas où je l'ai administré, il a complètement échoué. » Il partage donc l'opinion de Bailly (*loc. cit.*). Mon expérience concorde exactement avec celle de ces deux auteurs. Pour moi, l'ergot est, dans le cas qui nous occupe, surtout hémostatique. Cependant, si une partie de l'œuf est engagée dans le col, je ne craindrais pas de prescrire de l'ergot, car les contractions utérines, causées par cet agent, tendraient à expulser ce corps étranger, et le col, maintenu ouvert par sa présence, ne pourrait se refermer, et *enfermer le loup dans la bergerie*, comme cela risquerait d'arriver, si le placenta ne reposait pas dans le col, ou au moins *sur* le col.

Pas plus que Priestley, je n'ai du galvanisme une expérience suffisante pour en recommander l'application.

Priestley se range à l'opinion de Ramsbotham, déjà citée, et de Churchill, et rejette les instruments, comme infidèles, et ne permettant pas « de savoir si l'utérus est *convenablement* vidé. » Il recommande le détachement manuel des débris, au moyen du doigt, ou plutôt de deux doigts, manœuvre qu'il a pratiquée entre le deuxième et sixième mois; son expérience est la même que celle de Tyler Smith; il n'a « jamais vu d'accidents causés par cette manipulation. »

Cependant, je ne puis m'accorder avec lui, quand il fixe la limite de 6 heures, après l'expulsion du fœtus, comme le temps au bout duquel il faut intervenir; encore une fois, ce n'est pas le temps écoulé qui doit nous déterminer à opérer, c'est la présence d'accidents.

Obs. LIV (Priestley, *loc. cit.*, résumé). — Expulsion du fœtus en mars, perte fétide, hypochondrie, douleurs articulaires, aliénation mentale; expulsion d'un large morceau placentaire en juillet; rétablissement. La même malade avorta l'année suivante; Priestley enleva le placenta, le quatrième jour; rétablissement immédiat.

Graily Hewitt, qui lut le mémoire de Priestley à la Société obstétricale, ajoute, dans la discussion qui eut lieu après cette lecture : « Je considérerais comme une chose très-fâcheuse que la Société donnât sa sanction à la dilatation du col et à l'enlèvement plus ou moins violent du placenta, dans tous les cas où il est retenu depuis quelques heures. Je suis convaincu que l'effet d'une pareille opinion serait des plus désastreux, et qu'il en résulterait beaucoup de mal. Je n'ai néanmoins aucune objection à la manœuvre recommandée par le Dr Priestley — il fait allusion à la dilatation digitale du col — dans quelques cas *choisis.* » (*Traduit d'après le compte-rendu.*)

A. R. Simpson, dans un mémoire présenté à la Société obstétricale d'Edimbourg, le 8 mars 1876 (j'ai cité une de ses observations sous le n° XLIX) signale une conséquence éloignée de la rétention placentaire, conséquence qui me paraît n'avoir pas suffisamment fixé l'attention des auteurs, c'est l'hypertrophie du tissu utérin et l'élargissement plus ou moins permanent de la cavité de l'organe, et, comme suite, des déplacements de la matrice. N'est-ce pas un fait d'observation quotidienne, comme le dit Simpson, qu' « un grand nombre de femmes font dater leurs souffrances d'un avortement, arrivé dans les premières semaines de la grossesse. »

Contre l'hémorrhagie, Simpson recommande particulièrement les injections sous-cutanées d'ergotine, « dont l'effet est si prompt, si certain et si peu dangereux, que la seringue hypodermique doit faire partie intégrante du sac de tout accoucheur. » Il n'a pas grande confiance dans le tampon; j'ai dit plus haut le motif pour lequel les accoucheurs étrangers n'en retirent pas les bons effets qu'ils en pourraient obtenir. Mais il vante très-haut les éponges préparées et désinfectées de Duncan, Flockhart et Ce, que j'ai vues employées, avec succès et sans accident, par Keiller, en avril 1870. Si ma mémoire est

fidèle; Keiller m'a dit que c'est lui qui a eu l'idée, après quelques accidents, de faire désinfecter les éponges dilatatrices, au moyen de l'acide phénique.

Simpson attribue à l'emploi des éponges trois effets : 1° l'arrêt de l'hémorrhagie; 2° la stimulation de l'utérus, qui se traduit par des contractions; 3° la dilatation du col par l'expansion de l'éponge.

Il n'est pas besoin de dire que l'effet hémostatique de l'éponge ne peut se produire que dans les avortements des premières semaines; plus tard, disons au-delà de quatre mois, l'hémorrhagie se change en perte interne. Simpson ne mentionne rien relativement à l'époque de la grossesse.

A propos de l'évacuation complète de l'utérus, Simpson signale le désaccord, déjà mentionné, qui existe entre les auteurs. Il cite le passage suivant de Leishman : « (*System of Midwifery*, 1876, p. 433). « Il faut passer, avec précaution, un doigt autour de la partie qui se présente, et, s'il le faut, on peut introduire un autre doigt dans le col; si nous pouvons ainsi obtenir une bonne prise sur le placenta, nous l'extrairons entier ; mais une manœuvre violente ou maladroite pourra rendre nos efforts inutiles et laisser une partie du corps que nous désirons extraire totalement. L'expérience peut donner l'adresse; mais nous ne doutons pas que cette manipulation ne soit, dans la règle, préférable à l'emploi d'instruments. »

Simpson décrit ensuite le détachement artificiel du placenta au moyen du doigt, et repousse l'emploi des instruments, « comme les curettes, les anses de fil métallique, les crochets, les pinces à faux germes. Quand le doigt a rompu les adhérences, il peut être utile de saisir le corps détaché avec l'un de ces instruments, et pour cela une simple pince à pansements, assez longue, est aussi commode qu'aucun instrument spécial. Mais il ne faut jamais se fier à un instrument pour détacher des débris placentaires adhérents, puisque le doigt, instrument guidé par le toucher, peut toujours les séparer. »

Pour faciliter la manœuvre digitale, Simpson pose comme règle l'anesthésie, puis l'abaissement de l'utérus, soit comme il l'a fait dans le cas n° XLIX, en attirant l'organe en bas, avec

une pince de Museux, soit en pressant sur le fond assez fortement pour amener la matrice au contact du doigt. L'un et l'autre de ces deux procédés me paraissent violents, et ils ne doivent pas être sans inconvénients. Je ne puis cependant les rejeter d'une manière absolue ; car, en cas d'accident grave, l'indication principale et qui prime toutes les autres, est d'évacuer l'utérus.

Dans la discussion à laquelle donna lieu le mémoire de Simpson, J. Carmichael approuve la pratique indiquée, comme la même que suivait sir James Simpson ; Keiller recommande le perchlorure, il préfère la main gauche à la droite, et introduit la main entière dans le vagin. La malade étant chloroformée, cette méthode me paraît préférable à l'abaissement artificiel de l'utérus, et suffisante dans un grand nombre de cas. Le doigt indicateur, en effet, a 10 centimètres de longueur environ et peut, dans les cas les plus habituels, aller au contact du fond de la matrice. On peut, du reste, pénétrer un peu plus profondément encore, en introduisant l'index et le médius. Dans les cas où ces deux doigts ne peuvent pas pénétrer suffisamment, l'utérus est assez développé pour admettre une main, mettons la gauche, puisqu'il est convenu qu'elle est plus petite et plus souple que la droite.

Pas n'est besoin de dire que l'accoucheur, plus encore que l'oculiste, doit être ambidextre. Milne approuve l'abaissement artificiel de l'utérus et préfère l'éponge au tampon vaginal. Il ajoute que, dans quelques cas, il a vu des débris placentaires présenter « des adhérences organisées » si complétement qu'ils n'ont donné lieu, ni à des hémorrhagies ni à des empoisonnements septiques. Macdonald n'a jamais été obligé d'abaisser l'utérus.

Bruce ne paraît pas très-inquiet de laisser quelquefois de petits débris dans l'utérus. Macrae regarde le tampon comme pénible et peu souvent nécessaire.

Wilson a confiance dans le tampon, et n'a jamais été obligé d'abaisser l'utérus. En terminant, Simpson dit qu'il n'approuve pas l'injection de perchlorure.

Pour moi, après cet examen, un peu long peut-être, de ce

qui a été dit sur la rétention du placenta après l'avortement, je dirais volontiers le mot de Phébus à Phaéton : « *medio tutissimus ibis.* »

Etant donné un cas d'avortement commencé par l'expulsion du fœtus, il est normal que le placenta soit expulsé dans le plus bref délai; si la sortie de l'arrière-faix suit de près celle du fœtus, l'avortement, en tant qu'avortement, reste normal; l'utérus, débarrassé du produit de la conception, va subir l'involution qu'il aurait subie après l'accouchement à terme. La femme n'est ni plus ni moins exposée aux accidents puerpéraux : phlébite utérine, péritonite, hémorrhagie secondaire, séjour de caillots dans l'utérus, etc., qu'elle ne l'aurait été après un accouchement à terme. Si l'avortement a été causé par un traumatisme, par une maladie, nous aurons à soigner les suites de l'accident ou l'état pathologique, mais l'avortement est terminé; la femme entre dans l'état de puerpéralité, plus ou moins compliqué par la cause qui a amené la fausse couche et dont je n'ai point à m'occuper ici.

Mais, si le placenta ne sort pas peu après le fœtus, notre malade est *exposée* à des hémorrhagies plus ou moins abondantes, plus ou moins répétées, plus ou moins rapprochées qui *peuvent* mettre sa vie, ou du moins sa santé, en péril.

Je ne vois dans ce danger à venir, pas plus que dans celui qu'amènerait la putréfaction des restes ovulaires, un motif d'intervention posée comme règle et appliquée dans tous les cas. Nous connaissons les accidents qui peuvent survenir; quand ils se présenteront, nous serons prêts à les combattre, armons-nous pour le combat, mais ne commençons pas l'attaque.

Si une partie des membranes ou du placenta se détache, nous aurons une perte sanguine ou fétide qui nous enjoindra l'intervention. Jusque là, attendons.

Examinons maintenant les divers moyens qui ont été proposés pour combattre les accidents, et que nous devrons employer ou au contraire rejeter. Et d'abord je ne puis partager l'opinion de R. Lee qui veut que « la malade soit prévénue qu'une portion de l'œuf est encore dans l'utérus. » Je crois, au contraire, qu'il faut le lui cacher le mieux et le plus longtemps

possible. Nous pourrons, nous devrons, faire connaître à l'entourage de notre patiente l'état des choses et la cause des accidents; mais, autant qu'il sera possible, nous devrons laisser ignorer à la malade le séjour d'un débris ovulaire dans l'utérus. Les causes de faiblesse auxquelles elle est exposée sont bien assez nombreuses! N'y ajoutons pas la crainte et la dépression morale qu'amènerait un aveu imprudent! Si nous sommes obligés d'en venir à une intervention manuelle ou instrumentale, tâchons d'atténuer la gravité du cas et ses dangers, et même il est bien des cas où nous pourrons extraire un placenta sans éveiller l'attention de la malade sur sa rétention.

Les deux accidents les plus redoutables de la rétention placentaire : l'hémorrhagie et la putréfaction des débris ovulaires. M'Clintock et, après lui, Churchill l'a remarqué, se rencontrent rarement ensemble. Nous pourrions donc les envisager séparément; mais, comme leur cause est unique, il sera plus simple d'examiner chacun des agents ou des moyens thérapeutiques à employer contre cette cause, en disant à propos de chacun d'eux quelques mots sur son effet, soit contre l'hémorrhagie, soit contre la putridité. L'*ergot* a deux propriétés dans le cas dont nous parlons; il est hémostatique et ecbolique; en réalité, ces deux propriétés n'en font qu'une, car il amène le resserrement des vaisseaux, comme il produit l'expulsion des corps intra-utérins, par les contractions qu'il excite dans l'utérus. Cependant, n'oublions pas que, dans l'avortement, nous avons affaire à un utérus dont les fibres musculaires sont peu développées et répondent mal à une excitation médicamenteuse. Puis, si une partie de l'œuf n'est pas engagée dans le col, ne le maintient pas ouvert, et ne sert même pas d'agent dilatateur, nous avons à craindre que le col, excité par l'ergot, ne se referme et n'emprisonne l'arrière-faix, comme dans le cas de Guéniot, *Archives de Tocologie*, 1875, p. 77; la malade avait pris 9 grammes d'ergot. C'est donc surtout comme agent hémostatique que nous pourrons l'employer. C'est, comme on l'a vu plus haut, l'opinion de plusieurs auteurs, opinion que le raisonnement affirme et que l'expérience confirme. Si cepen-

dant une partie du corps étranger est déjà engagée dans le col, nous pourrons l'employer à la fois comme agent hémostatique et comme ecbolique. Dans ce cas, aussitôt qu'il y aura des signes de putréfaction, nous devrons, après une attente de durée raisonnable, dont il n'est pas possible de fixer la durée par minutes ou par heures, et dont le but est de donner à l'ergot administré le temps de détruire les adhérences qui peuvent subsister, et de chasser le corps étranger, procéder à l'extraction du délivre. Gardons-nous de chercher à le détacher par des tractions prématurées, qui, le plus souvent, n'aboutiraient qu'à sa déchirure et ne produiraient pas la sortie totale du placenta, sans laquelle nous ne pourrons être rassurés sur notre malade. Le cas, en effet, est bien différent de celui où le placenta entier est resté adhérent au fond de l'utérus et ne donne lieu à aucun accident; ce dernier cas nous impose l'expectation. Le détachement artificiel de l'arrière-faix doit se faire avec le doigt — cette manœuvre a été décrite plus haut — et peut exiger la dilatation du col. Je préférerais, dans ce cas, la dilatation obtenue au moyen de la laminaria. Si la grossesse est assez avancée pour que l'on puisse introduire la main entière dans l'utérus, les dilatateurs de Tarnier, de Chassagny, de Barnes, pourront être nécessaires. Chassagny recommande, dans ces cas, son *double ballon*, fabriqué par Mathieu, que je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer, mais dont l'effet me paraît devoir être à la fois doux et puissant. On comprend, en effet, que le ballon supérieur, mince comme il l'est, doit s'insinuer dans les moindres replis et travailler à la dilatation du col et à la séparation progressive du placenta. Soutenu comme il l'est par le gros ballon inférieur, plus ferme quoique élastique aussi, il ne peut qu'avancer et jamais reculer; il doit pénétrer dans l'utérus et me paraît ne pas pouvoir permettre une hémorrhagie interne. Remarquez qu'il n'est point fait, cependant, pour pénétrer en entier dans l'utérus, comme la vessie de Rouget, ou celle de Diday, que ces auteurs introduisent dans la cavité utérine, et qui a l'inconvénient, je devrais dire le danger, de gêner la contraction utérine, agent indispensable de l'arrêt définitif de l'hémorrhagie. La dilatation du col pourra, dans quelques cas,

être faite avec les doigts et extemporanément. Je l'ai pratiquée, le 9 août dernier, dans un avortement à quatre mois, en voyant que le col, qui avait laissé passer le fœtus, se refermait sur le placenta, et j'ai pu constater, dans ce cas, comme dans plusieurs autres, que la présence de deux doigts dans le col, quand on les écarte pour le dilater, cause des contractions dans le corps de l'organe.

Le *sulfate de quinine*, comme on l'a vu dans quelques-unes de mes observations personnelles, est un excellent ecbolique; il agit, du reste, comme l'ergot. Agit-il mieux ou plus promptement? Je ne saurais le dire, ne pouvant, comme tout médecin, jamais être absolument certain de la pureté absolue des médicaments que je prescris. Mais j'en ai toujours retiré de bons effets, quand l'ergot avait échoué.

Dans le dernier cas que je viens de citer, j'ai constaté la parfaite inefficacité de quatre grammes d'ergotine, donnés dans l'espace de trois heures; le sulfate de quinine, administré plus tard, est sans doute la cause de l'arrêt de l'hémorrhagie; la malade a pu — malgré moi — se lever le huitième jour, sans inconvénient.

La *térébenthine* me paraît être un excellent hémostatique, administrée par la bouche; je ne l'ai jamais appliquée localement dans une hémorrhagie. Je ne lui ai reconnu aucune action expulsive. Dans le cas d'une malade très-susceptible, qui ne supportait pas la quinine, qui avait été bourrée d'ergot, pour des hémorrhagies causées par un fibroïde utérin, elle a réussi à arrêter la perte, sans provoquer de douleurs utérines. Dans tous les autres cas où je l'ai prescrite, je n'ai jamais constaté de coliques utérines.

Je n'ai pas administré le *borax* ni le *chanvre indien* (1) assez souvent pour pouvoir parler de leurs propriétés hémostatiques.

La *cannelle*, les *boissons acidules* sont de bons adjuvants.

Le *perchlorure de fer*, administré à l'intérieur, ne m'a donné

(1) Je viens d'obtenir avec le haschich l'arrêt complet, en 24 heures, d'une ménorrhagie qui avait résisté à tous les remèdes (A. C.).

aucun résultat positif. Je parlerai tout à l'heure de son application locale. Supposons que, malgré l'administration des remèdes dont je viens de parler, le placenta ne se détache pas, qu'il ne soit pas expulsé, ou que la perte reste fétide.

Devons-nous, comme A. Paré — si je ne me trompe — « laisser la malade au bénéfice de nature et recommander son âme à Dieu? » Pas encore!

Aux moyens indiqués ci-dessus, nous ajouterons l'application, recommandée par Gueneau de Mussy, d'après Chapman (*Ann. de Gynéc.*, juill. 1875, p. 1), d'un coussin de caoutchouc rempli d'eau chaude sous la région lombaire. Ce remède, simple et pratique, m'a donné de bons résultats. A défaut du sac de coutchouc, j'emploie du sable fin chauffé et renfermé dans un sac ordinaire en toile. Il faut prendre la précaution d'appliquer le sac, non sous le sacrum, mais sous la région lombaire. Les malades aiment beaucoup cette sensation de chaleur.

Mais il faut plus, il faut extraire le placenta, cause de l'hémorrhagie, car il ne faut pas compter sur sa résorption, du reste, nous n'aurions pas le temps de l'attendre, à supposer qu'elle se produise jamais.

Pour détacher le placenta, il faut pouvoir pénétrer dans l'utérus, et pour cela, il faut que le col soit ouvert. S'il l'est, nous introduisons un doigt dans la cavité utérine, non en abaissant l'utérus — cette manœuvre peut n'être pas innocente — mais en portant la main dans le vagin, si cela est nécessaire, et nous séparons progressivement le placenta de la paroi utérine, par de petits mouvements lents et prudents de va et vient. Gardons-nous de gratter; nos ongles auraient vite perforé l'organe, délicat surtout au point de l'insertion du délivre. Le doigt servira de guide à une pince assez longue, qui saisira et extraira le placenta. Sans proscrire absolument l'introduction de deux doigts dans l'utérus, je préfère n'en faire pénétrer qu'un, les mouvements de l'index sont plus aisés quand ce doigt manœuvre seul. Si le volume de l'utérus le permet, et si les circonstances l'exigent, la main entière pourra être portée dans l'utérus.

Nous trouverons sans doute une petite portion placentaire

déjà détachée, c'est dans l'angle de réunion de cette portion avec l'utérus que nous pousserons le doigt, un peu comme on fait pour couper une feuille de papier, par un mouvement de scie très-doux et très-lent.

Surtout gardons-nous, soit avec le doigt, soit avec la pince, *d'arracher* ce qui adhère, séparons prudemment. Du reste, si nous voulions saisir la partie déjà détachée, il est fort probable qu'elle se déchirerait, et nous aurions fait peu de chemin. C'est le placenta *entier* qu'il nous faut. La portion séparée est déjà plus ou moins friable et putréfiée, comme dans le cas de Moreau (*Accouch.* t. II, p. 414). « La partie adhérente était fraîche, mais la partie libre était putréfiée. » Les tractions n'aboutiraient qu'à sa rupture.

Cette manipulation est assez douloureuse pour exiger souvent l'emploi du chloroforme. Il va sans dire qu'on appuie une main sur le fond de l'utérus, pas tant pour le rapprocher de la main qui cherche et opère, que pour le fixer et pour éviter les tiraillements de ses insertions vaginales.

S'il reste des débris encore adhérents, la curette de Pajot, ou celle de Récamier, ou le fil d'acier de l'écraseur, peut-être l'instrument de Rasch, servira à raser, toujours prudemment, la surface utérine et à les détacher. Mais rappelons-nous que mieux vaut laisser un débris que de blesser la surface de l'utérus.

Les débris détachés peuvent être assez petits pour être malaisés à saisir ; on fera, dans ce cas, une injection intra-utérine, qui les enlèvera. Barnes recommande — il parle, il est vrai, de l'accouchement à terme ou près du terme — de faire toujours une injection au perchlorure. C'est peut-être un peu trop général ; je réserverais cette injection pour les cas où l'utérus ne se contracte pas et où l'hémorrhagie persiste. J'en dirai autant des injections préconisées par Dupierris avec la teinture d'iode iodurée.

Lors même qu'il n'y a pas d'hémorrhagie, dès que l'utérus est vidé, je donne toujours une dose d'ergot, variable avec le volume actuel de l'utérus, son degré de contraction et la quantité de la perte sanguine subie par la malade.

La compression de l'aorte pourra devenir nécessaire en attendant l'injection.

Il est inutile de parler des précautions à prendre après l'évacuation de l'utérus; c'est le régime d'une accouchée, encore plus sévère.

Les opérations que je viens de décrire ont leur sphère d'application; beaucoup de femmes, sans doute, leur doivent la vie; mais je crois qu'on est en général trop pressé de finir et qu'on ne donne pas assez à l'expectation. Je termine comme j'ai commencé, en disant : il est difficile de savoir ne rien faire, mais il faut l'apprendre.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'INVERSION DE L'UTÉRUS.

Autant l'inversion de l'utérus est assez commune quand on cherche à détacher brusquement le placenta, autant elle est extrêmement rare quand on procède à la délivrance d'une façon méthodique. West en a donné dans son ouvrage une preuve trop péremptoire pour qu'elle puisse être passée sous silence. « Je n'ai jamais eu, écrit-il, à intervenir dans une inversion aiguë, et sur 140 mille accouchements effectués soit à la Maternité de Dublin, soit à celle de Londres, il ne s'en est pas présenté un seul exemple. » La rareté relative de cet accident ne saurait cependant en faire négliger l'étude, car c'est surtout en pareille matière que les tâtonnements du diagnostic doivent être absolument interdits. On peut le dire sans crainte d'être démenti, la promptitude de l'intervention simplifie la manœuvre et abrége du même coup sa durée. Cette raison a paru m'autoriser à en mettre sous les yeux du lecteur quelques exemples récemment publiés.

Obs. I. — Une femme qui, dans trois accouchements antérieurs, avait offert des difficultés extrêmes pour la délivrance et nécessité

même l'introduction de la main dans l'utérus, fit appeler, le 31 janvier 1860, le Dr Vetterlein pour une hémorrhagie considérable survenue après le détachement du placenta.

L'arrière-faix, que la sage-femme montra, était complet et partant l'hémorrhagie ne pouvait être mise sur le compte d'un fragment resté dans l'utérus. Pendant que l'une des mains placée sur la région hypogastrique démontrait l'absence du globe utérin, l'autre portée dans le vagin trouvait cet organe rempli par un corps sphérique du volume de la tête d'un enfant. C'était donc une inversion aiguë. Vu la mollesse et la souplesse de la tumeur, vu l'absence de contractions au col de l'utérus, les doigts de la main introduits dans le vagin en forme de cône pressent sur la tumeur et en amènent la réduction. Le corps et le méat se contractent aussitôt, et l'hémorrhagie s'arrête.

Malgré l'hémorrhagie considérable qui s'était produite, le rétablissement était complet le 17 février (*Arch. f. Gyn.*, t. IX, p. 159).

La seconde observation, recueillie par le même auteur, n'en diffère pas sensiblement ; aussi pour abréger me bornerai-je à en donner un résumé substantiel. Il est, comme le précédent, remarquable par l'absence de toute difficulté en ce qui concerne le taxis de la tumeur. Le succès a été favorisé par la mollesse de l'utérus et l'absence de toutes contractions, car, dès que celles-ci se montrent, il est loin d'être aussi facile d'obtenir la réduction. Souvent on échoue avec des moyens beaucoup plus perfectionnés.

Obs. II. — Une primipare, âgée de 30 ans, après un long travail accoucha d'un garçon à l'état de mort apparente et pesant 6 kilogr.

Pendant que je m'occupais de le ranimer, la sage-femme appela mon attention sur l'accouchée dont l'utérus contenant encore le placenta faisait saillie hors de la vulve. Embrassant le placenta avec la main, je le repoussai et réduisis avec lui la matrice, puis ayant mis les choses en état je détachai l'arrière-faix. Comme l'hémorrhagie n'était pas complètement arrêtée et que la faiblesse des contractions faisait redouter une récidive, je tamponnai le vagin.

Vingt heures plus tard, le tampon fut extrait : l'utérus et le méat étaient bien contractés. Cinq jours plus tard, de violentes coliques me firent rappeler; elles étaient causées par un tampon arrondi qui avait été laissé dans l'utérus.

Elle a eu depuis quatre enfants (*loc. cit.*, p. 160).

Ce fait, quelque heureux qu'en ait été le dénouement, porte

en lui son enseignement, c'est qu'il ne faut jamais tamponner sans fixer à l'aide d'un lien les tampons profondément placés. Grâce à cet artifice, bien connu du reste, on eût évité l'accident qui eût pu être plus sérieusement préjudiciable à cette femme.

L'absence de contractions et la mollesse de l'utérus, si elles facilitent la réduction, sont parfois une cause de mort alors qu'elles se prolongent outre mesure : entre autres exemples, je relate le suivant qui a été recueilli par Spœth et Braun-Fernwald, professeurs à la Faculté de Vienne.

Obs. III. — Une dame multipare venait d'expulser l'enfant lorsqu'elle fut prise d'une violente hémorrhagie. La sage-femme, par de violentes pressions et par des massages à l'hypogastre, essaie de provoquer les contractions de l'utérus, mais elle n'aboutit qu'à renverser cet organe. L'hémorrhagie devint alors si rapide et si foudroyante que nous ne fûmes pas à même de sauver cette malade, quoique l'organe eût été réduit sans difficultés et que le placenta eût été immédiatement extrait. La mollesse de l'utérus, favorable pour la réduction, fut la cause de cette hémorrhagie foudroyante qui amena la mort en moins d'un quart d'heure (Spœth, *loc. cit.*, p. 154).

A côté de cette inversion désignée par l'épithète d'aiguë à raison de la rapidité de sa marche et de sa léthalité presque immédiate dans certains cas donnés où l'utérus en quelque sorte paralysé, laisse béants tous ses sinus, se place, ce que l'on a appelé l'*inversion chronique*. Les dangers, pour être alors moins immédiats, n'en deviennent pas moins considérables et faute d'y porter remède, on a vu l'existence compromise par la répétition des hémorrhagies et l'épuisement qui en est la conséquence. Dans cette variété bien distincte de la précédente, le déplacement, incomplet tout d'abord, se complète plus ou moins vite, soit à la suite d'un effort, soit même sans cause apparente. Le point de départ est sans doute l'accouchement qui a immédiatement précédé, mais ici la manière dont s'est effectuée la délivrance doit être mise hors de cause : le véritable agent est l'irrégularité des contractions fibrillaires de l'utérus; mais, contrairement à l'opinion de Hennig (*Arch. f. gyn.*, t. VII, p. 491), il ne m'est pas démontré que cette inversion spontanée soit en connexion intime avec l'insertion du placenta. En d'autres ter-

mes, à raison de la laxité habituelle de celui-ci avec l'utérus, il ne paraît pas que son siége puisse influencer la production de l'inversion, mais il me parait vraisemblable que l'inertie prolongée du fond de l'utérus n'est point étrangère à la genèse de l'inversion chronique. Mais je n'insiste pas sur cette question toute théorique, car j'ai hâte d'en venir aux faits qui ont motivé ces réflexions.

Obs. IV. — Une femme de 32 ans accoucha, le 17 octobre 1870, de son troisième enfant. Après une heure d'essais infructueux, le détachement du placenta se fit au milieu d'une violente hémorrhagie. Quelques heures après, V... trouva l'accouchée faible, mais relativement bien : l'hémorrhagie avait cessé et l'utérus faisait au-dessus du pubis la saillie accoutumée.

Sauf une anémie persistante, le rétablissement fut rapide.

Le 19 décembre, c'est-à-dire deux mois après, cette femme en prenant le vase de nuit eut la sensation d'un corps descendant dans le vagin. La sage-femme appelée diagnostiqua une chute de l'utérus, mais crainte d'une opération, la malade n'en parla au médecin que quelques mois plus tard.

L'anémie était alors extrême; une abondante leucorrhée existait, et au lieu de règles on avait des hémorrhagies fréquentes et copieuses. Enfin l'utérus renversé formait dans le vagin une tumeur longue d'environ 6 centimètres et large de 3 à 4 centimètres.

Après des tentatives infructueuses de réduction, on s'attacha à diminuer les hémorrhagies et on y parvint en tamponnant avec des éponges trempées dans une solution de perchlorure de fer au vingtième. Mais le flux leucorrhéique épuisant la malade, on s'attacha à réduire; le taxis manuel ayant échoué, la ceinture hypogastrique de *Lavédan* n'ayant pu être tolérée, on plaça, le 17 décembre, un grand *colpeurynter* et on le laissa dans le vagin jusqu'à ce qu'il provoquât de la douleur. Le résultat fut surprenant. Après deux jours de séjour, l'utérus était raccourci d'un tiers. Après de fréquentes ablutions vaginales, cette espèce de pessaire Gariel fut replacé au bout de deux jours, et quand on le retira, le méat était complètement appréciable et à travers l'ouverture on sentait le fond de l'utérus. Après un nouveau repos, on replaça l'instrument, mais il ne modifia pas sensiblement l'état des parties. En conséquence, on introduisit l'index et le médius gauches à travers le méat jusque sur le fond de l'utérus et en poussant doucement, on termina la réduction.

Pour prévenir une récidive, le séjour au lit fut conservé et le *colpeurynter* placé de temps en temps. Enfin, pendant plusieurs mois, de

douches froides furent administrées tous les jours sur la région lombaire.

Concurremment, la leucorrhée s'arrêta, l'appétit revint, mais à l'époque des règles principalement, la malade conserva un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre. Elle est actuellement régulièrement menstruée, mais jusqu'à présent elle n'a pas eu de nouvelle grossesse (Vetterlein, *Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 156).

Dans ce cas remarquable, lorsque la réduction fut obtenue, le déplacement existait depuis plus d'un an, dans celui par lequel nous terminons cette revue, il existait depuis vingt neuf mois. A raison de l'ancienneté de cette inversion, nous le donnons avec détail, nous regrettons que l'étendue du texte ne nous ait pas permis de le reproduire dans toute sa teneur.

Par son mode de production, cette inversion peut être taxée d'aiguë et pour ce motif eût dû être placée logiquement après le narré des trois premières observations; mais l'ancienneté de la maladie, le succès obtenu si tardivement me l'ont fait réserver pour la fin. C'est le morceau capital de cette revue, aussi appelons-nous sur lui toute l'attention du lecteur.

Obs. V. — *Inversion produite au moment de l'accouchement; tentatives infructueuses et répétées du taxis; réduction au bout de vingt-neuf mois; guérison.*

Rosa M..., 30 ans, entrée le 19 octobre 1875 à la deuxième clinique gynécologique de Vienne, a été réglée à 15 ans. L'hémorrhagie, assez forte, dure sept jours.

Elle a eu sept grossesses qui, sauf la quatrième (avortement ovalaire), sont arrivées à terme. Lors du sixième accouchement, hémorrhagie très-abondante suivie de syncope; lors du septième, hémorrhagie non moins abondante, parce que la sage-femme en tirant sur le cordon avait amené la matrice au-dehors. Un médecin, appelé sur-le-champ, rentra l'utérus dans le vagin, détacha le placenta et arrêta l'hémorrhagie.

Le quatrième jour, en voulant uriner, sensation de pesanteur sans douleur ni hémorrhagie : deux médecins appelés détachent deux morceaux de placenta de la grandeur du poing et font pendant une demi-heure, et au milieu d'une hémorrhagie considérable, des tentatives infructueuses de taxis. Malgré cette intervention énergique, pas de réaction fébrile, seulement grande faiblesse et nécessité de garder le lit pendant quatre semaines. A raison d'un écoulement fé-

tide, injections d'eau froide. Au moment de quitter le lit, application d'un pessaire qu'elle porte trois mois; persistance de l'écoulement muqueux et hémorrhagies fréquentes, mais médiocres.

Pendant l'allaitement de son enfant, qui n'est suspendu qu'au 1er octobre 1874, la menstruation ne s'est point rétablie et le coït n'a point provoqué d'hémorrhagie. Pas de douleurs, mais dans les efforts de défécation elle sent quelque chose qui s'avance vers la vulve.

Deux ou trois jours après le sevrage et sans cause connue, au moment où elle se mettait au lit, violente hémorrhagie arrêtée par une injection avec une teinture ferrugineuse : elle se reproduisit deux jours après, et quelques jours plus tard, à la suite d'une exploration médicale, hémorrhagie si copieuse qu'elle est suivie de syncope et doit être combattue par le tamponnement. Depuis, elle s'est répétée toutes les semaines. A partir de mai 1875, il n'y a plus de régularité dans ses retours, mais elle dure de quatre à huit jours et est toujours profuse. Dans l'intervalle, écoulement muqueux et jaunâtre. Appétit fantasque; sommeil médiocre.

Etat actuel. — Etat anémique extrêmement prononcé; peau de tout le corps jaune pâle; lèvres et gencives complètement décolorées; musculature encore assez prononcée; pouls irréguliément petit et fréquent.

Par le toucher, tumeur longue de 8 centimètres qui descend du méat utérin par un pédicule de l'épaisseur du doigt et arrive à l'entrée du vagin avec une extrémité arrondie ayant 4 centimètres de diamètre transversal. La tumeur a la consistance et la forme d'un polype utérin, mais les antécédents, les résultats de l'examen bimanuel et de la sonde utérine démontrent une inversion complète. Enfin une forte pression à l'hypogastre abaisse à un tel degré le fond de l'utérus qu'il est apparent à la vulve. La muqueuse en est rouge et offre une excoriation étendue qui saigne facilement.

Avant d'entreprendre le taxis, on décida de laisser passer l'époque menstruelle suivante, afin de voir les modifications qu'elle amenait dans le tissu utérin, mais après avoir vainement attendu, on fixa l'intervention au 4 novembre. En conséquence la malade fut chloroformée, mais, malgré des efforts méthodiques, prolongés pendant un quart d'heure, on échoua. Après quelques jours de repos motivés par des douleurs dans le bas-ventre, on appliqua le 15 novembre un colpeurynter dans le vagin et on le laissa en place pendant une heure. Le lendemain, nouvelle application et maintien pendant trois heures. Le surlendemain, maintien pendant quatre heures et distension plus grande du colpeurynter par l'addition de 100 grammes d'eau tiède aux 300 grammes existant primitivement. Le 21, c'est-à-dire sept jours après le début du traitement, suspension à raison de douleurs dans le bas-ventre et de lassitude extrême. On le reprend le lendemain et

on constate, après quatre heures de séjour, que l'utérus est remonté vers le col, qu'il est plus mou et que son fond peut être logé dans la circonférence du méat externe élargi.

Estimant cette dilatation pour suffisante, je répète la tentative faite au début : après avoir vidé la vessie, placé le siége sur un plan élevé par rapport au reste du corps, chloroformé la malade, je porte la main gauche dans le vagin et embrassant le fond de l'utérus avec les doigts, je le pousse aussi haut que possible à travers le méat pendant qu'avec la main droite je presse en sens inverse au-dessus de la symphyse pubienne. Lorsque l'utérus est refoulé en dedans de l'orifice externe, je place l'extrémité du médius sur le milieu du fond, afin d'empêcher la reproduction du renversement et fais la même manœuvre à l'endroit correspondant à l'insertion de la trompe droite. J'y réussis avec une telle facilité que dix minutes après le début de la chloroformisation, l'utérus était replacé dans sa position normale.

L'utérus ainsi réduit représente maintenant un cul-de-sac mou, facile à parcourir par le doigt et fermant en haut le vagin.

Pour provoquer la contraction de l'organe remis à sa position normale, j'introduis jusqu'à son fond une sonde métallique et pousse par son intermédiaire plusieurs injections d'eau bien froide.

A son réveil, la patiente se plaignit de faiblesse et de douleurs dans le ventre. Pouls 100, T. 38. Vessie remplie de glace au-dessus du pubis, à l'intérieur 1 centigramme de morphine. Une heure plus tard, à raison de l'accroissement des douleurs, injection sous-cutanée de morphine.

Vers le soir, accroissement du malaise, T. 37,4, nausées. Pilules de glace avec eau de laurier-cerise et 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Nuit sans sommeil avec malaise persistant, nausées, vomissements et violentes angoisses.

Le 23 novembre, 6 heures, matin, T. 39; à midi, 39,8; visage jaune, aspect défait, pouls cependant assez fort, 108.

50 centigrammes de quinine, pilules de glace avec eau de laurier-cerise.

Le soir, à 10 heures, T. 39,5, persistance des vomissements.

Le 24, T. 38,4; cessation des vomissements, souffrances moindres. Le ventre est flasque et n'est un peu sensible qu'à la partie inférieure. Suspension de la glace; continuation de la quinine; lavement amenant quelques évacuations.

T. au soir, 39.

Le 25, matin, T. 37,8; soir, 38, 1 gramme de quinine.

A partir du lendemain, suspension de la quinine et état allant progressivement en s'améliorant. L'appétit se prononce et l'aspect se

modifie heureusement. Malgré un écart de régime, tout va pour le mieux.

Le 10 décembre. Le cervix admet seulement la phalange unguéale de l'index; une forte sonde introduite dans l'utérus qui est insensible est mobile en tous sens et montre que cet organe n'a guère qu'un centimètre d'élongation au-delà de la moyenne. Quatre jours plus tard, le cervix était trouvé plus étroit et la malade ne tardait pas à sortir de l'hôpital (Spœth, *Arch. f. Gyn.*, t. X, 148 à 155).

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Je me borne à en faire ressortir quelques-uns, pensant que pour les autres, l'intelligence du lecteur y suppléera.

Le premier qui nous frappe et qui explique pourquoi cette lésion a été relativement bien tolérée est l'absence de toute hémorrhagie pendant la durée de l'allaitement. C'est seulement quelques jours après le sevrage que les hémorrhagies se sont montrées avec une abondance qui a nécessité à plusieurs reprises l'intervention du médecin. Cette particularité, dont a bénéficié incontestablement la malade, a été également observée par West dans le cas qui lui est propre.

Quant à la thérapeutique suivie, il n'y a à blâmer que l'emploi du taxis avant toute application du colpeurynter; car, à raison des tentatives qui avaient eu lieu précédemment, de l'ancienneté de la lésion, on ne pouvait raisonnablement espérer un résultat. Au contraire, on avait lieu de craindre une réaction fébrile qui heureusement a fait défaut : néanmoins il y a eu dans le traitement un retard d'une douzaine de jours qui eût pu être évitée.

En dépit de cette légère critique de détail, cette observation n'en reste pas moins riche en enseignements. C'est un beau succès à joindre à ceux existants déjà, et à ce titre elle méritait d'être connue dans ses détails principaux.

ALBERT PUECH.

REVUE DE LA PRESSE

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE EN 1875

Par Paul MUNDÉ (1)

(*Résumé par le* Dr A. CORDES (*de Genève*).

Dans le domaine de la gynécologie, aucun sujet n'a fixé l'attention, des observateurs plus sérieusement et plus universellement que LA PHYSIOLOGIE DE LA MENSTRUATION ET SES RAPPORTS AVEC L'OVULATION.

Les recherches de Pouchet, Coste, Brierre de Boismont, Pflüger, Raciborski, Tyler Smith, Ritchie et d'autres n'ont pas tiré des ténèbres « les modifications que subit la muqueuse utérine au moment des règles et le caractère essentiel de cette fonction prétendue physiologique. »

Depuis vingt ans, on croyait généralement que, au moment des règles, tous les organes pelviens, et spécialement la muqueuse utérine, étaient le siége d'une congestion intense, que, au summum de cette hyperémie, un follicule de de Graaf se rompait, et qu'un ovule s'échappait, au même moment où l'épithélium utérin se desquamait et où le sang s'écoulait de l'utérus, et que cet ovule suivait les trompes pour aller dans l'utérus, où il se perdait, si la fécondation ne venait pas l'y fixer et l'y greffer. L'hyperémie utérine, la perte cataméniale et la sortie de l'ovule étaient considérées comme des phénomènes contemporains, inséparables; la menstruation était regardée comme due à l'évolution et à la sortie périodique des ovules, sans lesquelles la menstruation ne pouvait exister.

La périodicité de cette fonction, regardée par les uns comme un *mystère impénétrable,* était expliquée par les autres, par comparaison avec les autres fonctions : la première et la seconde dentition, etc. (Meigs). La conception devait donc se faire, très-probablement, immédiatement après une époque menstruelle, au moment où l'ovule allait atteindre l'utérus, avant qu'il fût perdu dans les replis de sa muqueuse. On supposait (Bischoff, Coste) que cette période de susceptibilité spéciale dure de dix à douze jours après la cessation des règles (2).

---

(1) Publié dans *The American journal of obstetrics*, 1876, p. 127.

(2) C'est aussi l'opinion de Boerhaave : « *Fœminæ semper concipiunt post ultima menstrua, et vitullo alio tempore* » de Haller (Elem. phys. corp. hum., t. VIII, p. 302. Et c'est en suivant des conseils donnés en ce sens par Fernel, que Henri II réussit à devenir pére. A. C.

Malheureusement des faits sont venus s'élever contre cette théorie. Voici quelques-uns de ces faits :

1° Des observateurs attentifs, Coste, Ritchie, Ashwell, Paget, Bischoff, Williams et d'autres, n'ont pas toujours rencontré les preuves de la rupture d'un ovisac chez les femmes mortes pendant ou peu après leurs règles; la rupture d'un follicule aurait laissé des traces si elle s'était produite;

2° L'ovulation se produit souvent sans menstruation; ainsi, chez les femmes qui deviennent enceintes pendant l'allaitement, ou chez celles qui n'ont jamais été réglées. Scanzoni affirme que l'ovulation se continue pendant la grossesse (1). Sans doute, il y a des ovules qui s'échappent dans l'intervalle qui sépare deux époques;

3° Dans ces dernières années, les cas ont été se multipliant, dans lesquels la menstruation a continué jusqu'à l'époque ordinaire de la ménopause, après une ovariotomie double. Goodman (*Richmond and Louisville medical Journal*, décembre 1875) a réuni 27 cas de ce genre; dans 10 cas, la menstruation ne fut en aucune façon influencée par l'opération ; dans un cas, la perte cataméniale fut augmentée; dans deux cas, elle devint irrégulière. Goodman ne peut accepter la force de l'habitude qui a été invoquée pour expliquer ces faits.

Power, Gusserow, Sigismond, Löwenhardt et d'autres ont fait des recherches sur la structure normale de la muqueuse utérine et sur les modifications qu'elle subit pendant l'acte menstruel, et ont été suivis par d'autres : Engelmann (de Saint-Louis), Williams (de Londres), Barnsfather (de Cincinnati), Goodman (de Louisville), Schröder (d'Erlangen), Bischoff (de Munich), Mayrhofer (de Vienne), Lombe Atthill (de Dublin), Simpson (A.-R.) (d'Edimbourg), King (de Washington), Studley et John C. Peters (de New-York) et Parvin (de Louisville) ont écrit des mémoires sur la menstruation.

John Williams (*Obst. Journ.*, février et mars 1875) a publié un mémoire intéressant intitulé : LA STRUCTURE NORMALE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE ET SES CHANGEMENTS PÉRIODIQUES. Il fonde ses conclusions sur l'examen des utérus de 12 femmes, mortes à divers moments dans l'intervalle de deux époques, et formant, dit-il, une série complète. Pour Williams, « l'écoulement menstruel n'est pas un processus complet par lui-même, c'est l'acte terminal d'une série de modifications qui commence à la fin d'une époque menstruelle, embrasse les changements trophiques que subit la muqueuse et se termine avec la cessation de l'époque suivante. » Pour lui, la muqueuse est entièrement expulsée à chaque époque, et une nouvelle muqueuse

---

(1) *Lehrbuch der Geburtshülfe* troisième édit., Vienne, 1855, p. 320. Mayrhofer a ressucité cette théorie (*Gesellet : des Aertzte in Wien*, 4 déc. 1874.

se reproduit dans l'intervalle de deux époques. Il décrit minutieusement cette *reformation* de la muqueuse (1) qu'Aveling a nommée *nidation*, appelant *denidation* la desquamation de la muqueuse, sa désintégration (2). Dans un mémoire plus récent (*Ibid.*, novembre 1875), Williams affirme avoir constaté dans la muqueuse utérine une tunique musculaire très-développée. « Une grande partie de l'épaisseur de la muqueuse du corps utérin, dit-il, est formée par une *muscularis mucosa*, » ce qui se rapproche beaucoup de ce qu'il avait avancé (*Lond. Obst. Trans.*, vol. 16, p. 206) que « l'utérus n'est pas un organe possédant une muqueuse, mais une muqueuse pourvue de fibres musculaires très-développées. »

Dans une communication plus récente encore, faite à la *Royal Society* (*Proceedings of Roy. Soc.*, 1875, nº 162), Williams conclut, de l'examen de seize cas, que la rupture du follicule et l'échappement de l'ovule se produisent, dans la règle, avant l'apparition du flux menstruel correspondant. Dans douze de ces seize cas, le follicule s'était rompu avant l'apparition de l'écoulement; dans un cas, l'ordre d'apparition des deux phénomènes est resté douteux; dans deux cas, les règles avaient paru une fois, sans qu'aucun follicule fût parvenu à maturité, et, dans un cas, les règles étaient imminentes, quoique les ovaires ne renfermassent aucun follicule mûr. Les observations de Reichert (de Berlin) paraissent prouver que la rupture du follicule se produit au début de l'écoulement; jusque-là on avait cru généralement qu'elle se faisait vers la fin du flux menstruel, ou immédiatement après sa cessation. Les faits rapportés par Reichert semblent confirmer les conclusions de Williams; car il n'est pas impossible que, dans les dix-huit cas dans lesquels la rupture du follicule a coïncidé à peu près avec le flux menstruel, la rupture ait précédé l'écoulement.

Dans l'*Obstetrical Journal* de juillet 1875 (3), Barnsfather (de Cincinnati) appuie les idées de Williams sur la desquamation mensuelle de la muqueuse utérine. Il a, depuis plusieurs années, examiné, mois par mois, la perte menstruelle chez les femmes; il a toujours constaté à l'aide du microscope, l'exfoliation de la muqueuse, même chez des femmes parfaitement portantes. Dans la dysménorrhée, la muqueuse était hypertrophiée et sortait en larges lambeaux.

---

(1) L'espace dont je dispose ne me permet pas d'entrer dans les détails de l'observation de Williams; je dois renvoyer les lecteurs à l'article original, *loco citato*. A. C.

(2) *Obst. journ.*, t. II, p. 209-217. A. C.

(3) Article sans nom d'auteur, que les Anglais appellent *editorial*, qui paraît dans chaque numéro, et traite une question à l'ordre du jour. A. C.

Tyler Smith, il y a quelques années, était arrivé aux mêmes conclusions que Williams et Barnsfather.

Engelmann (de Saint-Louis) a republié, dans l'*Americ. Journ. of Obst.*, numéro de mai 1875, et sous une forme un peu différente, des observations qu'il avait commencées avec H. Kundrat (de Vienne). Engelmann fonde ses conclusions sur l'examen de dix-sept utérus, contenant des œufs arrivés à diverses époques de la grossesse, sur un grand nombre d'œufs sains, — vingt-neuf ont moins d'un mois de développement, — sur deux cents autres utérus, provenant de vierges, de femmes récemment accouchées ou venant d'avorter et sur quelques utérus non pubères, Engelmann a examiné ces pièces aux points de vue suivants :

1° Le développement de la muqueuse utérine jusqu'à la puberté;

2° L'état de cette muqueuse, à l'état de maturité et pendant son activité fonctionnelle, depuis la puberté jusqu'à la ménopause;

(*a*) La membrane complètement développée pendant la période de repos.

(*b*) Pendant l'époque cataméniale.

(*c*) Pendant la grossesse, la caduque (le développement et la structure du placenta, la métamorphose régressive des membranes, la caduque vraie, la caduque réfléchie, la caduque sérotine, l'expulsion de la caduque, la caduque abortive, la caduque dans l'utérus bicorne et la grossesse extra-utérine);

(*d*) La régénération de la muqueuse après l'accouchement;

3° La muqueuse après l'âge critique. Nous ne parlerons de cet article que jusqu'à la division (*c*), le reste appartenant à l'obstétrique.

La muqueuse utérine, avant d'atteindre sa maturité fonctionnelle, consiste uniquement en des cellules rondes ou polygonales, pourvues de noyaux ronds, emprisonnés dans les mailles délicates du tissu connectif; elle est couverte d'un épithélium cilié extrêmement délicat. Jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, on n'y trouve aucune glande; à cette époque, on y voit apparaître de petites cryptes, rudiments des glandes qui existeront plus tard; les glandes seront complètement formées peu avant la puberté. Pendant sa période de repos, la muqueuse, à l'état de développement complet, est une couche délicate, d'un rouge grisâtre, épaisse de 1m,04, fortement attachée à la tunique musculeuse, sans tunique sous-muqueuse interposée. Elle est composée presque uniquement de glandes tubulaires, perpendiculaires à sa surface, qui ne sont que des tubes d'épithélium pourvu de cellules cylindriques, ciliées, et sans tunique fondamentale; les glandes sont renfermées dans un tissu connectif à mailles délicates, dont les fibres s'irradient en dehors et vont se perdre dans la tunique musculaire, formant ainsi un lien solide entre les deux tissus. Engelmann n'a jamais pu trouver des fibres musculaires, même dans les couches

:ondes de la muqueuse. Pendant les règles, la muqueuse ı aspect complètement autre, elle atteint une épaisseur de 168 à 6 millim. 136; elle est d'une consistance presque sa surface est ondulée et comme boursouflée. Ce gonfle- dû à la prolifération des cellules rondes du stroma, à une 'ation de volume des cellules de toutes les espèces, et se ux couches superficielles de la muqueuse. Les glandes elles- sont fort grossies et leurs canaux sont très-tortueux. Engel- n'a pas pu observer des vaisseaux de nouvelle formation, les vaisseaux anciens étaient très-dilatés et gorgés de sang. d la muqueuse a atteint un certain degré de tuméfaction, ses hes superficielles subissent une dégénérescence graisseuse qui vahit non-seulement les cellules du tissu inter-glandulaire, mais ıssi les vaisseaux sanguins et l'épithélium de la surface et des :landes; cette dégénérescence, d'après Engelmann, est la cause de l'hémorrhagie, qu'il a toujours trouvée limitée à la surface de la muqueuse. Il conclut que la muqueuse commence à s'épaissir et à se gorger de liquides à l'approche des règles, que cette tuméfaction est plus accusée pendant l'époque elle-même et s'éteint graduellement après la cessation du flux menstruel. *Jamais il n'a trouvé la muqueuse, pas même sa couche superficielle, absente, au moment des règles.* La seule preuve observable de métamorphose régressive est la destruction et le détachement d'une large surface muqueuse et d'une partie de l'épithélium glandulaire, qui ne se rencontre que sur une portion de la superficie utérine. Il est rare de rencontrer une muqueuse utérine complètement normale, à *l'état d'inaction*, ce qui indique que sa période de repos est beaucoup plus courte qu'on ne le croit en général. Il se rapproche ainsi de Williams qui n'admet pas de période de repos, l'époque menstruelle n'étant qu'un ralentissement d'une activité extrême pendant laquelle l'utérus se préparait à recevoir l'œuf fécondé; après les règles, l'utérus se remet aussitôt à l'ouvrage pour se construire une nouvelle muqueuse qu'il perdra à la prochaine époque.

Engelmann se sépare de Kundrat, son collaborateur, qui acceptait les idées de Löwenhardt (*Arch. für Gynäk.*, III, 1872), au sujet de l'époque à laquelle l'ovule se détache, et de Williams, qui partage leurs opinions. D'après ses observations propres et celles que citent Dalton et Michel, il conclut que l'ovulation et la menstruation sont simultanées. Les pièces qu'il a examinées lui font croire que le follicule de de Graaf éclate généralement vers la fin de l'époque cataméniale.

Engelmann se range donc à l'ancienne théorie; l'exactitude et le soin qui ont dirigé ses observations méritent la plus grande considération. Pour lui, les observations de Williams, quoique positives et

précises en apparence, consacreraient une *improbabilité physiologique*, — la desquamation mensuelle, — soutenue par une *incongruité histologique*, et la reproduction d'une muqueuse par une tunique musculeuse. Les conclusions de Williams sont tirées de pièces pathologiques, toutes les malades, sauf trois, ayant succombé à des affections inflammatoires aiguës; Williams n'aurait donc décrit que des modifications purement pathologiques.

Williams combat ces objections posées par Engelmann, en disant que cet observateur n'a jamais examiné un cas dans lequel la mort soit arrivée pendant les règles ou près de cette époque; que, dans aucun de ses cas, la date exacte de la menstruation n'était connue; et que, par conséquent, on ne peut pas en faire sortir même une probabilité.

« Par analogie avec les autres processus physiologiques, j'inclinerais plutôt du côté d'Engelmann, dont je crois les conclusions plus probables (1); il serait cependant injuste de rejeter le travail de Williams et ses conclusions logiques, en se plaçant à ce point de vue restreint... Pour ma part, mes études sur cette question ne me permettent pas de dire avec l'auteur de l'article *Editorial* de l'*Obst. Journ.*, déjà cité, que la prépondérance des preuves est du côté de ceux qui croient que la dénidation est une desquamation. »

Ni Williams ni Engelmann n'ont essayé de lever le voile qui couvre cette question : l'ovulation a-t-elle quelque rapport avec la menstruation? sinon, quelle est la cause de la menstruation? Elle ne rentrait pas dans leur cadre. John Goodmann (de Louisville) a essayé avec un grand talent de résoudre ce problème. Il rejette la théorie ovulaire de la menstruation; mais il dit positivement qu'il ne refuse pas à l'ovaire tout rôle dans la fonction menstruelle, l'observation lui ayant démontré que l'existence de ces organes est indispensable à l'instauration de cette fonction; quand ils ont fait défaut dès la naissance, ou ont été enlevés avant la puberté, le développement de la puberté ne s'est pas produit, et les règles n'ont point paru. Mais, une fois la fonction établie, l'influence déterminante des ovaires ne paraît plus nécessaire, et la fonction peut continuer régulièrement, après leur enlèvement, comme le montrent quelques cas d'ovariotomie double. — Gilmore (de Mobile) énonce la même opinion, dans un article intitulé Normal ovariotomy, inséré dans *Atlanta med. and*

(1) Il est à peine utile de dire que je cite l'opinion de P. Mundé. Ne faisant ici qu'une traduction et un résumé, si j'ai quelque idée personnelle à émettre je la placerai en note. Les guillemets indiquent une traduction exacte, dans laquelle j'ai cependant cru pouvoir supprimer quelques mots, qui ne m'ont pas paru nécessaires à l'intelligence du texte. A. C.

Surg. Journ., septembre 1874. Il regarde le flux menstruel comme une sécrétion et l'utérus comme un organe sécréteur. — La maturation des ovules réagissant, d'une manière mystérieuse, sur le système nerveux, et amenant des modifications dans diverses parties du corps : bassin, mamelles, tissu adipeux (il en est de même chez le mâle, au moment de l'apparition des spermatozoaires dans les testicules) et constituant un « pouvoir inhérent à l'économie, » nous pouvons considérer « la loi de périodicité menstruelle qui régit la fonction menstruelle comme un pouvoir inhérent à l'économie humaine, mise simplement en activité par l'éréthisme ovulaire. » Cette loi de périodicité menstruelle est propre à la femme et peut-être à quelques mammifères. La cause et le siége de ces actes physiologiques ne doivent pas être cherchées dans les ovaires (Tilt), dans l'utérus, dans le sang (Paracelse, de Graaf), car l'absence des deux ovaires et de l'utérus n'arrête pas l'action de la loi; le cas des sœurs hongroises, chez lesquelles les vaisseaux sanguins s'abouchaient au niveau des lombes, ce qui fait qu'elles avaient une circulation commune, et qui cependant n'avaient pas les mêmes époques menstruelles, renverse cette dernière théorie; on ne peut pas non plus accepter la théorie de Tyler Smith; le cycle génésique, constitué par l'utérus, les ovaires et les mamelles, chacun de ces organes réagissant sur l'autre, puisqu'on peut impunément enlever deux de ces organes. La cause de ce cycle menstruel se trouve évidemment localisée dans le système nerveux ganglionnaire. Si cette loi se traduit par un fait circulatoire, c'est que la circulation, comme la nutrition, est régie par le système ganglionnaire. L'induction, dit Goodmann, ne peut pas, pour le moment, nous conduire plus loin. Sans doute, cette théorie est fort ingénieuse et bien bâtie; son principal point faible est peut-être son défaut de précision.

Carl Schröder, dans son article (die normale menstruation) de l'Encyclopédie de Ziemssen (t. X, *Krank. der Weib. Geschlechts organe*), considère les vues de Kundrat et d'Engelmann comme fort plausibles et paraît incliner décidément vers la théorie moderne de Löwenhardt qui veut que l'ovule soit expulsé avant l'apparition de l'écoulement sanguin. Il n'admet cependant pas que l'ovulation et la menstruation soient entièrement indépendantes l'une de l'autre; sur ce point, il s'accorde avec Engelmann et est en désaccord avec Beigel (*Krank. der Weibl. Sexual organe*, vol. I, Erlangen, 1874) qui soutient que l'ovulation peut se produire en tout temps, même chez les enfants, mais que les règles ne sont que l'expression périodique du désir sexuel. Schröder admet que les deux phénomènes peuvent parfaitement se produire l'un sans l'autre; on ne peut cependant admettre leur complète indépendance. D'après les idées modernes, la menstruation n'est pas l'indication d'un afflux sanguin vers les organes

génitaux, mais on doit la considérer comme un stage régressif de l'époque menstruelle. Le phénomène principal est la sortie d'un ovule; l'écoulement sanguin est un fait accessoire, peut-être n'est-il que le signe de la métamorphose régressive de la muqueuse.

Bischoff (de Munich), un des premiers qui ait travaillé ce sujet, se déclare, dans une série d'articles publiés par la *Wiener medicinische Wochenschrift*, nos 21-24, 1875, partisan de l'ancienne théorie qu'il a longtemps soutenue. Le rut représente la menstruation et coïncide avec la maturation des ovules et leur sortie. La conception sans menstruation est possible, mais ce n'est qu'une rare exception qui prouve la règle; la persistance des règles, après l'ablation des ovaires, est un fait d'habitude acquise par des années de congestion et d'hémorrhagie régulière. Le coït pratiqué à la fin de la période intermenstruelle peut être fécondant, parce que les spermatozoaires peuvent rester vivants dans le conduit génital pendant huit ou neuf jours, ce qui leur permet de rencontrer l'ovule de l'époque suivante; un ovule mûr et libre peut, comme cela se voit chez les animaux, être fécondé jusqu'au milieu de la période intermenstruelle, il n'est imprégnable que dans la trompe et pas dans l'utérus. Bischoff et Leuckhardt ont démontré, par la statistique, qu'il y a une période défavorable à l'imprégnation, et qui commence douze ou quatorze jours après les règles, pour se terminer au moment où l'écoulement prochain doit se faire. Bischoff déclare la nouvelle théorie de l'imprégnation prémenstruelle fort plausible; elle paraît expliquer la fécondité bien connue des Juives, malgré leur stricte observation de la loi du Lévitique qui défend la copulation pendant les sept jours qui précèdent et qui suivent les règles (1). Quoique les recherches anatomiques de Kundrat, d'Engelmann et de Williams paraissent

---

(1) La loi mosaïque ne prohibe pas le coït avant les règles, mais pendant l'écoulement et durant les sept jours qui suivent. « Si elle est purifiée de son flux, à elle comptera sept jours, puis elle sera nette. » (*Lév.*, XV, 28.) « Tu n'appro-« cheras point de ta femme durant la séparation de sa souillure. » *Lév.*, XVIII, 19.) « Quand un homme aura couché avec une femme qui a ses mois, ils se-« ront tous les deux retranchés du milieu de leur peuple. » (*Lév.*, XX, 18.) L'auteur a confondu la souillure *menstruelle* avec la souillure *puerpérale*. (*Lév.*, XII, 5). « Si elle enfante une fille, elle sera souillée pendant deux semaines, comme au temps de ses mois. » Le verset 2 : « Si la femme enfante un mâle, « elle sera souillée sept jours, comme au temps de ses mois, » et les prescriptions pour la purification indiquent que la femme, après avoir accouché, est souillée pendant une ou deux semaines, suivant le sexe de l'enfant, *de la même sorte* de souillure que si elle avait ses règles, mais non pour le même espace de temps.

Le Talmud, aux sept jours de continence, *après* les règles, imposés par

confirmer cette théorie, Bischoff ne croit pas que les observations de Kundrat prouvent, d'une façon concluante, que la muqueuse, pendant l'hémorrhagie, soit assez complètement détruite pour être impropre à la fixation de l'œuf fécondé après l'arrêt de l'écoulement. Quant à l'idée de Williams, Bischoff croit pouvoir la concilier ainsi avec l'ancienne théorie : tandis que l'ovule, qui s'est échappé pendant la desquamation de la muqueuse, accomplit son lent voyage le long de la trompe, la muqueuse s'est déjà reformée ; quand un coït fécondant survient, l'utérus est parfaitement apte à recevoir l'œuf. Si l'imprégnation ne se fait pas, l'ovule est naturellement perdu et la muqueuse subit sa destruction habituelle à l'époque suivante. Bischoff dit qu'il serait étrange que l'homme fît seul exception à cette loi universelle dans le règne animal, qu'un coït fécondant intéresse un œuf déjà détaché de l'ovaire ou en voie de détachement; il persiste à maintenir que tel est l'ordre des facteurs dans la génération : ovulation, formation de la caduque menstruelle, hémorrhagie, coït et conception.

A.-R. Simpson, dans son discours d'inauguration à la Société obstétricale d'Edimbourg, le 8 décembre (V. *Obst. Journ.*, t. III, p. 675), paraît prendre une place intermédiaire entre Engelmann et Williams. Suivant lui, pendant le stage de déclin de l'écoulement, lorsqu'une perte muqueuse ou muco-purulente remplace le flux sanguin, une couche distincte de la muqueuse a *mué*, ou s'est détachée, laissant une surface découverte, sur laquelle un examen attentif fait découvrir les follicules, entourés d'une mince couche gélatineuse de tissu connectif « à travers laquelle on peut quelquefois apercevoir ce qu'on a décrit comme la tunique musculeuse de la muqueuse, c'est-à-dire la couche superficielle de la paroi musculaire de l'utérus. » Cette couche muqueuse se répare promptement. La cause de ces modifications se trouve dans l'ovaire ; le développement du follicule irrite les nerfs ovariques; l'irritation atteint les ganglions centraux, d'où elle se réfléchit sur l'appareil sexuel, sous la forme d'une hyperémie qui va croissant jusqu'à la rupture du follicule et l'expulsion de de l'ovule. S'il n'est pas fécondé, il est entraîné par le sang menstruel, après avoir traversé l'utérus, dont la muqueuse a peut-être déjà

Moïse, a ajouté six autres jours, qu'il nomme les *jours blancs*, parce que la femme doit mettre des draps blancs à son lit, afin qu'on voie s'il ne revient aucun écoulement coloré. Le Talmud pousse même la précaution jusqu'à indiquer comment on distinguera une tache de sang faite par l'écrasement d'une punaise, de celle que donnerait un retour de flux génital. Le coït, d'après le Talmud, ne doit donc se faire que le quatorzième jour après les règles; à ce moment, il est *recommandé*, comme ayant chance d'être fructueux. (A. C.)

commencé à se désagréger. « La femme a donné naissance à un ovule non fécondé. »

J. Cochran (*Virg. med. Monthly.*, février 1876) regarde aussi la menstruation comme un avortement mensuel.

Simpson croit à l'élaboration prémenstruelle des ovules, et explique, de la manière suivante, le mode d'imprégnation de l'œuf, en présence de l'improbabilité admise d'un coït fécondant, dans la semaine qui commence avec les règles : Pendant la semaine qui précède les règles, la muqueuse utérine est tellement gonflée, qu'elle ferme le canal utérin et s'oppose à la montée des spermatozoaires ; pendant les deux semaines post-menstruelles, le canal est plus aisément perméable, surtout dans les premiers jours, avant que la muqueuse se soit régénérée. Si le coït a lieu en un moment quelconque compris dans les deux ou trois semaines qui suivent l'arrêt de l'écoulement, les spermatozoaires peuvent arriver aisément jusqu'aux ovaires, rencontrer l'ovule au moment où il échappe au follicule, immédiatement avant l'ère menstruelle. Si le moment est bien choisi, la réunion du sperme et de l'ovule se fait, l'époque menstruelle se passe comme d'habitude, mais sans hémorrhagie, et l'œuf fécondé va occuper, dans l'utérus, le nid qui lui est préparé. Si la rencontre n'a pas lieu, l'ovule et les spermatozoaires périssent, la muqueuse perd sa couche superficielle et saigne. La période agénésique (imprégnation impossible) comprend la semaine prémenstruelle ; elle est de deux jours plus courte que celle de Bischoff et de Leuckhardt. Ces deux derniers observateurs attribuent l'agénésie à une autre cause : la mort de l'ovule de la dernière menstruation et l'impossibilité pour les spermatozoaires de rencontrer un nouvel ovule, jusqu'à sa libération, pendant la période suivante. La théorie de Simpson est si claire et si plausible, que je me sens très-disposé à l'accepter. Il faudrait cependant s'assurer si un coït, pratiqué pendant la semaine prémenstruelle, n'est jamais fécond.

John Peters (pathology and treatment of amenorrhœa, *Virg. Med. Monthly* nov. 1875) parle de la *mue* mensuelle de l'épithélium utérin (pas de toute la muqueuse), sympathiquement et exactement coïncidant avec le développement épithélial des ovisacs, et avec l'ovulation, et il dit que la menstruation peut se produire sans ovulation, pourvu que l'épithélium subisse ses modifications habituelles. Pour que la menstruation se produise, il faut qu'il y ait ovulation, ou au moins développement épithélial dans les ovisacs, ou un développement et une désagrégation normaux dans l'utérus, ou, tout au moins, congestion ovarique et utérine.

La *Wiener Medicinische Wochenschrift* a publié une longue série d'articles de Carl Mayrohfer (de Vienne) sur les corps jaunes et la

TRANSMIGRATION DE L'ŒUF. Comme ce travail ne paraît pas être près de sa fin, j'en remets l'examen à un prochain rapport.

Les emménologistes sont, comme le prouve cette revue, divisés en trois camps :

1° Les *desquamationistes*, ceux qui croient ou tendent à croire à la desquamation complète de la muqueuse utérine au moment des règles, au détachement prémenstruel de l'ovule, à la fécondation prémenstruelle et à l'entière indépendance de la menstruation et de l'ovulation (William, Aveling, Lombe Atthill (1), Barnsfather);

2° Les *involutionistes*, qui soutiennent que l'épithélium utérin seul se détache pendant la menstruation, que l'ovule se sépare de l'ovaire pendant ou après le flux sanguin, que la fécondation est plus probable à ce moment qu'à tout autre et que la menstruation est directement sous la dépendance de l'ovulation, les exceptions à cette règle ne faisant que la confirmer (Engelmann, Bischoff, Peters);

3° Ceux qui adoptent quelque partie de chaque théorie et en rejettent d'autres (2), ce sont des involutionistes. Schröder, Simpson, croyant au détachement prémenstruel de l'ovule et à la dépendance de la menstruation vis-à-vis de l'ovulation ; d'autres qui croient dans l'indépendance complète des deux fonctions, Goodman, par exemple, dont le travail ne traite pas des modifications anatomiques que subit l'utérus. Les desquamationistes, jusqu'ici, paraissent être en majorité, et leur théorie paraît gagner des adhérents.

A.-F.-A. KING (de Washington) a ressuscité une théorie aventureuse, mais non originale, puisque Roussel, Emmet et Auber l'ont soutenue il y a quelques années. Il l'a publiée dans *American Journal of Obstetrics*, n° d'août 1875, sous le titre de : « UNE NOUVELLE BASE POUR LA PATHOLOGIE UTÉRINE. » Il soutient que la menstruation est un processus anormal. Sa théorie repose sur douze faits que voici :

1° La menstruation est le résultat d'une entrave apportée à la nature (3).

2° Dans la plupart des cas, elle s'accompagne de malaises, ce qui ne s'observe jamais dans les actes physiologiques.

3° Elle exige, par mesure de propreté, que la femme porte une garniture, ce que n'exige aucun émonctoire naturel.

4° La menstruation est une hémorrhagie ; elle s'accompagne de rupture vasculaire ; les vaisseaux ne sont pas faits pour être rompus. Aucune hémorrhagie n'est naturelle.

---

(1) Le travail de Lombe Atthill sera analysé plus loin. A. C.

(2) On pourrait les appeler *éclectiques*. A. C.

(3) Ceci ressemble fort à l'amende imposée au père d'une indienne dont la fille, non mariée, a ses règles dans la maison paternelle. A. C.

5° Quoique la menstruation soit désirable, nécessaire même chez les célibataires, pour soulager la congestion utérine, on ne doit pas plus la considérer comme naturelle que l'épistaxis, qui dégage le cerveau, etc.

6° L'époque menstruelle est l'analogue de l'époque du rut chez les animaux, moment le plus favorable à la conception. Le flux menstruel est un obstacle à la copulation, l'homme qui cohabite avec une femme au moment de ses règles, sans prendre des précautions, risque de prendre une *gonorrhée*. L'écoulement menstruel n'a pas son pendant chez les animaux.

7° La menstruation n'existe pas chez les races sauvages, qui obéissent aux lois de la nature, et dont les fonctions génitales ne sont pas gênées par la civilisation. Les Hindoues ne sont pas menstruées.

8° L'histoire ne prouve pas, d'une manière irréfragable, que la menstruation était commune dans les temps anciens.

9° Peut-on considérer comme malades des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants sans être jamais réglées ? Ne faut-il pas plutôt les regarder comme ayant une vie plus physiologique que leurs sœurs stériles, quoique menstruées ?

10° Si la puberté, époque où les organes sont prêts à remplir leur office générateur, n'est pas le moment où doit commencer la reproduction, quand donc cette fonction doit-elle commencer ?

11° Une femme, pendant ses règles, est spécialement exposée aux congestions et aux inflammations, suite de refroidisssement.

12° La coïncidence de la puberté avec la perfection de la beauté de la femme nous dit assez clairement que le moment est arrivé pour elle de commencer son devoir procréateur.

Pour prévenir « cette anomalie, cette monstruosité, la menstruation », la femme devrait avoir un enfant chaque année ou tous les deux ans, ce qui, *en apparence*, lui donnerait vingt ou trente enfants. Mais, ce n'est pas certain, ajoute King, car dans ces conditions, la ménopause surviendrait sans doute beaucoup plus tôt qu'elle ne le fait actuellement, le nombre des enfants ne dépasserait donc pas de beaucoup le chiffre actuel.

Je ne voudrais pas laisser croire que je soutiens l'opinion de King; ses adversaires l'ont, je crois, victorieusement combattue. Il m'a, cependant, souvent semblé que c'est une étrange loi de la nature, celle qui établit un processus purement normal et physiologique, lequel gêne même une femme parfaitement portante pendant quatre ou cinq jours chaque mois dans l'accomplissement de ses devoirs domestiques ou autres, et l'expose à divers dangers, sans parler de souffrances plus ou moins vives, cela pendant les trente-cinq ans de

sa vie sexuelle, lui faisant perdre quelque chose comme cinq ans de sa vie.

La théorie de King a été vivement attaquée ; King s'y attendait, je le sais. Peu après sa publication, Th. Parvin (de Louisville) a fait paraître un article à ce sujet dans le *Practitioner*, sept. 1875, et Studley (de New-York) l'a combattue dans l'*Amer. Journ. of Obst.*, novembre 1875. Voici la critique, point par point, de Studley :

1° La simple déclaration d'un fait ne suffit pas à le prouver.

2° La parturition est un acte physiologique ; elle n'est ni cachée, ni indolore ; les besoins physiologiques : faim, soif, sommeil, ne sont pas sans causer quelques malaises. Pourquoi la menstruation ne s'accompagnerait-elle pas de quelques symptômes désagréables ?

3° L'anus et l'urèthre d'un enfant, la vulve d'une femme en couches sont des émonctoires naturels ; personne ne conseillerait de ne pas les recouvrir de linges pour recevoir leurs excrétions ; il en est de même pour les règles.

4° La déchirure des follicules de de Graaf ne va pas sans rupture vasculaire et sans hémorrhagie. Ce n'est pourtant pas un acte pathologique.

5° L'universalité, la périodicité, la continuité de la menstruation en font une loi de l'organisme animal ; l'épistaxis ne présente pas ces caractères et ne peut être comparée à la menstruation.

6° Les recherches de Oldham, Tilt, Ashwell, Ritchie, Hirsch et Slavjanski prouvent, d'une manière concluante, que l'ovulation ne coïncide nullement avec la menstruation et que les ovules peuvent se détacher à un moment quelconque dans la période intermenstruelle. On peut penser, à ne considérer la question qu'au point de vue *mécanique*, que la conception a peu de chance de s'effecter pendant l'écoulement menstruel. On admet qu'elle se produit plus aisément aussitôt après les règles, mais ce fait, d'après Studley, tient au nettoyage du canal cervical par le sang menstruel, qui rend ce canal plus perméable. — Studley oublie que Kristeller (de Berlin) regarde ce bouchon comme une échelle qui sert à l'ascension des spermatozoaires dans le canal et qu'il serait donc nécessaire à l'imprégnation. — Studley renvoie King à la physiologie des singes, etc., au sujet des phénomènes menstruels chez les animaux.

7° De nombreux observateurs qui ont voyagé chez les nations sauvages affirment que chez les races Mongoles, les Esquimaux, les Samoïèdes, les Hindous, les femmes sont menstruées ; Studley certifie que les Indiennes de l'Amérique sont dans les mêmes conditions.

8° Le commentaire de l'évêque Patrick, sur le passage de la Bible, cité par King, pour appuyer ces idées, prouve que son interprétation

est erronée ; Studley cite d'autres versets qui démontrent que la menstruation était commune dans les temps anciens.

9° En face du nombre écrasant de femmes menstruées qui ont eu beaucoup d'enfants et se portent bien, que signifient les exceptions de femmes non mentruées qui ont été fécondes ?

10° King confond la *capacité* physiologique d'un organe avec la nécessité de son *action* physiologique. Le fait que l'utérus est capable d'engendrer ne prouve pas qu'il faille immédiatement le faire travailler, pas plus qu'il ne faut charger jusqu'à explosion le cerveau d'un enfant, pas plus qu'il ne faut accoupler un garçon, aussitôt qu'il est pubère, dans la crainte que ses organes générateurs ne périssent par inactivité. Nous savons tous quels seraient les dangers de cette méthode.

11° La menstruation est très-semblable et peut être comparée à l'acte final de la reproduction, la puerpéralité ; il n'est guère nécessaire de se demander dans lequel de ces deux états, menstruation et puerpéralité, la femme peut supporter le plus aisément les influences extérieures.

12° La beauté plastique de la femme n'est pas la cause prédominante de l'attrait sexuel et de l'acte conjugal. On la trouve dans les actes physiologiques qui se passent dans les organes générateurs : chez la femme, l'ovulation, les phénomènes ante et post-menstruels ; chez l'homme, la réplétion des vésicules séminales. Il est fort douteux que l'apogée de la beauté de la femme soit *pubérique* ou plutôt *pré-pubérique*, comme le veut King. Où trouvera-t-on ces filles *ovulantes*, *ante-menstruelles* que King nous représente comme les mères idéales de la race humaine ? Pas chez les sauvages, encore moins dans les races civilisées.

Les critiques de Parvin sont presque identiques à celles de Studley ; elles ne laissent, je le crains, d'autre parti à King que de retirer sa « nouvelle base » de la scène scientifique. Il a cependant fait paraître, en novembre 1875, une suite à cette « nouvelle base » sous le titre : ÉTIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE L'HYPERPLASIE ARÉOLAIRE DE L'UTÉRUS. King soutient que l'hyperplasie aréolaire de Thomas se produit ainsi : Pendant un célibat prolongé et la congestion menstruelle qui en est la conséquence, une petite quantité de tissu connectif joue, dans l'utérus, le rôle d'un tissu formateur, et s'accroît ; ce tissu, de nouvelle formation, dans une grossesse subséquente, se développe *pari passu* avec le tissu utérin ; après l'accouchement, grâce à une rétraction utérine imparfaite, à une subinvolution et à une congestion, ce tissu s'accroît plus rapidement que jamais ; on trouve alors l'utérus volumineux, induré et présentant les symptômes habituels des maladies utérines. Dans le cas d'un utérus vierge, l'organe marche lentement et sans secousse vers une atrophie qui a pour but et pour terminai-

son l'appropriation de l'utérus à son inactivité absolue. La nature ne veut pas alimenter un organe inutile ; elle ne tolère pas de sinécure ; aussi, les organes inutiles sont exposés à des maladies : aux dégénérescences et à l'atrophie. Parodiant ce que sir W. Gull a dit des amygdales, il dit : Si je faisais une vieille fille, je ne crois pas que je lui donnasse des ovaires.

Dans son discours de réception à la Société obstétricale de Dublin, Lombe Atthill parle des lumières jetées par les travaux récents de Williams sur le traitement des maladies utérines. Atthill signale l'importance qu'il y a à bien choisir le moment d'une application topique sur l'utérus, au point de vue de l'effet qu'on désire. Dans les cas de ménorrhagie, il faut faire l'application peu après la terminaison des règles, car l'application d'un médicament, même d'un styptique, à la surface de l'utérus, avant l'écoulement, détruirait la vitalité de la muqueuse qui commence à se désagréger. Si la malade est aménorrhéique, il faut, au contraire, faire l'application peu avant l'époque présumée du retour des règles, qui sera ainsi accéléré et rendu moins douloureux. Atthill emploie pour cela l'acide phénique. Il y a quelque temps, j'ai fait la même observation, et j'ai constaté que l'application post-menstruelle d'une teinture concentrée d'iode arrête ou diminue efficacement l'écoulement suivant ; je ne suis cependant pas convaincu que l'amélioration soit principalement due à la nudité de la paroi utérine, comme Williams le croit.

Finkler (de Kew), de l'examen de sept spécimens de membranes dysménorrhéiques, provenant de quatre malades, conclut que cette membrane est bien la muqueuse utérine, comprenant les culs-de-sac glandulaires ; quelquefois, cependant, la couche profonde de la muqueuse reste dans l'utérus. Cette membrane est un produit morbide et non de conception ; elle est produite par un état pathologique prouvé par l'apparence de ses éléments constituants, la grande accumulation des cellules granuleuses, par la présence du sang et de la fibrine dans son tissu, par l'éclat de son épithélium, par la persistance ou la récidive de l'affection. Toutes les membranes ont donné la réaction caractéristique de l'amidon.

R. Schröter, second médecin de l'hospice Schweizerhof, discute, dans les *Beiträge zur Geburtsh. und Gyn.*, III, 3, 1875, les rapports de la menstruation avec les maladies mentales. Ses observations portent sur 212 malades logées dans l'hospice. Voici leurs résultats

1° Dans la plupart des cas, une irrégularité menstruelle existe avec la maladie mentale.

2° Les malades parfaitement réglées ne présentaient qu'un léger désordre ou bien, si la maladie était grave, le pronostic restait douteux.

3° Les anomalies menstruelles commencent ordinairement de

bonne heure et sont influencées par les moindres symptômes psychiques ; mais, ordinairement, elles ne deviennent marquées que lorsque l'état mental lui-même s'accuse.

4° L'aménorrhée est la forme prédominante ; elle alterne volontiers avec l'affection mentale et a une durée variable.

5° Les anomalies de date, de durée, de qualité et surtout de quantité, les déviations (abondance dans 39 cas, dans deux desquels seulement la ménorrhagie a semblé être favorable à l'état intellectuel) sont très-fréquentes.

6° Si le trouble menstruel était peu marqué au début, il s'accentue davantage à l'apogée de la maladie psychique, quel que soit l'âge ou la situation sociale de la malade ; les exacerbations de la maladie accompagnent le molimen menstruel ou bien coïncident avec l'écoulement ou le suivent immédiatement.

7° Au moment de la guérison, les irrégularités menstruelles disparaissent généralement, et l'influence périodique cataméniale sur l'état mental finit par se perdre tôt ou tard.

Haggard (de Nashville) remarque, dans un excellent article sur l'ANALOGIE ENTRE L'AVORTEMENT DU DÉBUT ET LA DYSMÉNORRHÉE, combien on connaît peu de chose sur les avortements des premières semaines (1) et combien nous sommes exposés à confondre une fausse couche de quatre à six semaines avec une ménorrhagie ou une dysménorrhée. Il croit, et je suis de son avis, qu'un grand nombre de cas de prétendues ménorrhagies ou de dysménorrhées supposées chez des femmes dont la stérilité ne s'explique par aucun état morbide, local ou général, ne sont que des avortements répétés, non reconnus par la malade et par son médecin. Il pense que l'irritabilité nerveuse et organique est un des facteurs les plus importants de cette sorte d'avortements, comme de tous les avortements ; l'avortement le plus commun, selon lui, est celui de la fin de la quatrième semaine, non celui du troisième mois, comme on le dit. Il rapporte un cas dans lequel il guérit une stérilité datant de sept ans, chez une femme d'ailleurs parfaitement portante (c'est la béance du col et la congestion de ses lèvres qui le mirent dans la voie), par une douche matinale, suivie de frictions vigoureuses, par des laxatifs doux, des toniques, des sédatifs, et surtout par un repos complet, et une dose d'opium suffisante pour maintenir la malade sous son influence. A l'approche de la première époque, elle prit, soir et matin, soixante gouttes de laudanum en lavement ; on lui plaça un vésicatoire à la partie interne des deux cuisses, et l'époque se passa sans ramener les symptômes

(1) Pour éviter cette périphrase, je dirai dorénavant les avortements jeunes, c'est la traduction de l'expression anglaise. A. C.

abortifs. Ce traitement fut continué, surtout aux époques critiques, pendant cinq mois, et la malade atteignit son terme et accoucha parfaitement. La leçon à retirer de ce cas est qu'il ne faut jamais omettre d'examiner macro et microscopiquement la perte menstruelle dans les cas de dysménorrhée chronique ou de ménorrhagie légère, chez une femme du reste bien portante, chez laquelle on ne trouve pas la cause de la dysménorrhée ou de la stérilité.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussion sur l'alimentation des nouveau-nés. — Dans un long mémoire lu à la séance du 1 octobre, M. MAGNE présente quelques considérations sur l'alimentation et le sevrage des enfants et des jeunes animaux. Il s'appuie sur la physiologie comparée et remarque entre la manière de nourrir les enfants et la manière de nourrir les jeunes animaux une différence qui n'est expliquée ni par leur organisation, ni par les lois de la physiologie.

Il est généralement admis aujourd'hui que le lait constitue la seule nourriture qui convienne aux enfants jusqu'à l'âge d'un an. Mais devons-nous attendre cet âge pour priver l'enfant d'aliments plus substantiels? En un mot, le lait de la mère peut-il suffire pendant les douze premiers mois de la vie ? N'est-il pas permis d'affirmer que les besoins des enfants augmentent avec l'âge ; que leur squelette, devenu plus grand, et leurs muscles plus volumineux, exigent pour se développer une plus grande quantité de phosphates, d'albuminoïdes, que pendant les premiers mois de la vie ; que le lait des mères ne peut pas, pendant douze mois, augmenter dans les mêmes proportions que les besoins des nourrissons ?

Après avoir posé ces questions, M. Magne les résout par l'affirmative. On donne, dit-il, aux jeunes animaux une nourriture qui représente à peu près la composition du lait, mais qui est préférable à ce dernier, parce qu'elle est infiniment moins aqueuse et plus substantielle. Mais les mères de famille, les riches surtout, craignent d'irriter les organes digestifs de leurs enfants, non encore habitués, disent-elles, aux aliments solides. Les nourrices pauvres agissent de même, quoique guidées par d'autres motifs, par des raisons d'économie. Les unes et les autres font prendre des aliments faciles à digérer, mais impropres à nourrir. Elles ne songent pas à la composition chimique et à la nécessité de mettre la nourriture en rapport avec les besoins

des nourrissons. La composition chimique est cependant le point capital. On conçoit que les organes digestifs s'habituent à des aliments qui ne leur conviennent pas parfaitement au point de vue de la consistance, de la salubrité, mais quel chyle peuvent-ils faire quand les matériaux leur manquent?

M. Magne termine son discours en proposant d'ajouter une sixième question au programme de l'Académie sur l'hygiène de l'enfance. C'est une question relative à la profession des parents. La mortalité des enfants varie beaucoup selon que les parents ou les maris des nourrices sont ouvriers, cultivateurs, propriétaires, rentiers, etc. On aurait ainsi des indications d'une grande valeur, car toutes les catégories d'habitants ne nourrissent pas leurs enfants de la même manière.

Les théories de M. Magne sur l'alimentatien ont été vivement réfutées par plusieurs membres de l'Académie. M. Bouley a d'abord fait remarquer qu'on ne pouvait appuyer de telles conclusions sur la physiologie comparée. On ne peut assimiler les herbivores et les carnivores. Les herbivores naissent avec les facultés visuelles et locomotrices, et cette précocité indique qu'ils sont aptes à se nourrir de produits étrangers beaucoup plus tôt que les carnivores. Ceux-ci n'ont pas la même organisation en naissant et ne peuvent être nourris que par le lait de la mère. M. Magne ne s'est pas assez préoccupé de ce point.

M. Devilliers voit avec regret émettre des doutes sur des doctrines qui semblaient bien établies, surtont après les nombreux travaux qui ont été publiés depuis une dizaine d'années et après les nombreuses discussions qui ont eu lieu dans le sein même de l'Académie. Toutes les statistiques concordent sur ce point que c'est l'alimentation prématurée qui est la cause ordinaire de la grande mortalité chez les enfants de tous les pays. On ne saurait donc s'élever avec trop d'énergie contre l'abus qu'on peut faire de cette alimentation. L'Académie, dans son programme, a bien fait de poser des règles générales qui ne sauraient être trop répandues, et il est imprudent, après les efforts multipliés faits dans ces derniers temps par le corps médical pour inculquer aux populations les saines doctrines de l'allaitement naturel, de venir remettre en doute les résultats heureux de cet allaitement pendant la première année d'âge et de préconiser des essais d'allaitement prématurés sur lesquels d'ailleurs M. Magne ne s'explique pas d'une manière suffisamment précise.

M. Hervieux combat également les théories de M. Magne et s'élève avec force contre les théories qui tendent à placer les nourrissons sur le même terrain que les petits des herbivores et des carnivores. Il pense que le lait seul peut suffire à l'alimentation jusqu'au quinzième mois. Lorsque l'allaitement maternel est impossible, il faut avoir recours à du lait de vache pur. Le mélange d'eau ou de substances

alimentaires avec le lait est le point de départ d'un grand nombre d'affections de la première enfance.

M. J. Guérin est d'avis que M. Magne est entré dans une voie révolutionnaire lorsqu'il a parlé de donner des aliments solides aux nouveau-nés et lorsqu'il a voulu s'appuyer sur la comparaison des différents nourrissons des espèces animales. Tout le monde sait que l'introduction prématurée d'aliments dans l'estomac des enfants produit de la diarrhée, de l'émaciation et, dans les cas moins graves, cette altération profonde de toutes les fonctions de nutrition qu'on désigne sous le nom de rachitisme.

Il est cependant un point sur lequel on peut donner raison à M. Magne, c'est celui relatif à la durée de l'allaitement, qui ne doit pas être prolongé outre mesure. Le sevrage tardif est nuisible et peut être le point de départ des affections dont il vient d'être question.

M. Guérin insiste sur les avantages de l'allaitement artificiel dans les cas où l'allaitement maternel est impossible; mais, contrairement à M. Hervieux, il croit qu'il est souvent nécessaire de mitiger le lait avec de l'eau et du sucre. Ce procédé lui a toujours donné d'excellents résultats. Il faudrait employer un lait titré.

M. Depaul clot la discussion et exprime son étonnement en présence des contradictions qui s'établissent entre plusieurs membres de l'Académie. M. Guérin parle de titrer le lait, mais il n'y a qu'un moyen de titrer le lait, c'est de voir l'effet qu'il produit sur l'enfant; dans beaucoup de cas où l'analyse chimique a démontré que le lait était excellent, l'enfant dépérissait, tandis qu'un lait qui paraissait mauvais donnait de bons résultats. MM. Hervieux et Guérin sont donc trop absolus lorsqu'ils disent, le premier qu'il ne faut jamais couper le lait, le second qu'il faut presque toujours le mitiger avec de l'eau.

Séances du 6, du 13, du 20 octobre et du 3 novembre 1876.

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

De l'emploi des anesthésiques dans les accouchements, par M. Blot. — J'étudie depuis longtemps l'emploi des anesthésiques dans les accouchements, et je cherche à établir quels sont les cas dans lesquels on doit avoir recours au chloroforme et quels sont ceux dans lesquels l'usage de cet agent doit être négligé ou proscrit. Bien que la quantité de chloroforme nécessaire pour produire l'anesthésie obstétricale

ne soit pas considérable, il ne faut pas oublier que les accidents graves surviennent ordinairement dès le début des inhalations, alors que la quantité absorbée est relativement minime. Il semble que certains individus possèdent, pour le chloroforme, une susceptibilité toute particulière que rien ne peut, malheureusement, nous faire connaître à l'avance. Aussi ne saurait-on trop s'élever contre l'emploi banal des anesthésiques dans les accouchements et importe-t-il d'établir d'une façon précise les indications de cet emploi. Voici un cas dans lequel ces indications me paraissent avoir été nettement posées :

Une jeune primipare de 20 ans, très-courageuse, jouissant d'une bonne santé habituelle, est prise des premières douleurs vers 1 heure du matin. Jusqu'à 11 heures 1/4, les douleurs continuent et sont supportées sans plaintes. A 11 heures 1/4 surviennent tout à coup des douleurs névralgiques intolérables, répondant à peu près aux insertions du diaphragme et s'accompagnant d'un sentiment d'angoisse, comme dans l'angine de poitrine. A partir de ce moment, la jeune femme pleure, sanglotte et me supplie de la débarrasser au plus tôt. A chaque nouvelle contraction, nouvelles douleurs aussi intenses, avec état nerveux de plus en plus sérieux. Le col, qui s'était d'abord complètement dilaté, s'était ensuite rétracté sous l'influence de cette douleur exagérée, au point qu'il eût été imprudent d'appliquer le forceps. Il devenait urgent d'agir, mais il y avait, avant tout, indication à supprimer la douleur. C'est alors que je me décidai à faire usage du chloroforme. Sous l'influence de l'excitation produite par les premières inhalations, le col resta d'abord resserré. Je dus faire suspendre le chloroforme pendant quelques instants. Puis je le redonnai, et je ne tardai pas à constater que le col redevenait souple et se dilatait de nouveau. Il me fut bientôt facile d'appliquer le forceps et j'amenai un enfant vivant. Pendant tout le temps que durèrent les inhalations, la malade ne perdit pas connaissance ; elle ne souffrait plus, mais elle pouvait causer et nous indiquait elle-même le moment où nous devions lui redonner du chloroforme, en prévision d'une nouvelle contraction utérine dont elle sentait l'approche.

Dans un autre cas à peu près semblable et dans lequel l'extrême violence des douleurs avait interrompu le travail, j'administrai de même le chloroforme, et l'accouchement se termina très-rapidement et très-heureusement.

Il y a donc des cas dans lesquels l'anesthésie est absolument indiquée. Une douleur excessive entrave la marche du travail ; supprimez la douleur et vous favorisez le travail. Mais ces cas ne sont pas aussi fréquents que l'on a bien voulu le dire et, pour ma part, je repousse l'emploi du chloroforme lorsque le travail marche et que les contractions utérines sont normales.

M. Polaillon. Je partage l'opinion de M. Blot sur l'emploi des

anesthésiques et sur leurs indications. Dans le but d'éviter les accidents causés par le chloroforme, tout en supprimant les douleurs, on a proposé d'administrer des lavements à l'hydrate de chloral. J'ai moi-même essayé ce moyen sur 18 femmes, pendant la dernière période de l'accouchement. La dose de chloral employée a varié de 2 à 7 ou 8 grammes. Dans certains cas, les lavements ont été rejetés presque immédiatement; mais, dans d'autres, ils ont été conservés au moins en partie. J'ai observé que, dans la grande majorité de ces cas, le travail était ralenti ou arrêté; la tête restait à la vulve; l'enfant était en danger, et il fallait terminer l'accouchement par le forceps. Dans quelques cas, l'influence du médicament m'a semblé nulle. Pour une ou deux femmes, le travail a marché assez vite, mais peut-être aurait-il marché aussi vite si je n'avais pas employé le chloral. Je crois donc que l'hydrate de chloral, comme le chloroforme, ne doit pas être employé d'une façon banale et qu'il ne trouve son indication que dans certains cas spéciaux, où les contractions utérines ne portent pas et sont, en même temps, très-douloureuses. Peut-être, dans ces cas, devrait-il être préféré au chloroforme, en raison de son innocuité relative.

M. Lucas-Championnière. Je crois me rappeler que l'indication *douleur* a été posée depuis longtemps et que tous les accoucheurs sont unanimes sur ce point. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces faits, c'est qu'il suffit d'une anesthésie incomplète, déterminée par quelques gouttes de chloroforme, pour diminuer la douleur, faire cesser l'état spasmodique et terminer rapidement l'accouchement.

M. Polaillon. Lorsqu'on ne pousse pas l'anesthésie plus loin que ne viennent de l'indiquer nos collègues, le chloroforme n'agit pas comme anesthésique, mais comme antispasmodique.

M. Perrin. Il importe de séparer nettement l'anesthésie *obstétricale* de l'anesthésie *chirurgicale*. Dans l'anesthésie obstétricale, il y a un fait indéniable, puisqu'il est constaté par tous les observateurs, mais que je ne m'explique pas, c'est de voir l'agent anesthésique agir sur les organes génitaux, calmer les douleurs, etc., sans que la sensibilité générale ni l'intelligence soient troublées. Ce n'est point ainsi que les choses se passent chez l'homme; les premières inhalations de chloroforme sont surtout excitantes; elles exaltent la sensibilité de la moelle. La suppression de la sensibilité n'arrive que dans la seconde période et elle est toujours précédée par l'abolition de l'intelligence. Aussi, quand il s'agit d'anesthésie chirurgicale, on doit absolument rejeter ces anesthésies incomplètes, que certains chirurgiens ont la prétention de procurer à leurs malades, sous prétexte que l'opération doit être de courte durée.

M. Blot. Peut-être la règle posée par M. Perrin n'est-elle pas aussi générale qu'il le croit. J'ai fait autrefois des expériences sur moi-

même avec le chloroforme, et je me rappelle fort bien que j'avais perdu la sensibilité à la douleur, alors que je possédais encore la sensibilité générale et l'intelligence. Mais je veux seulement m'occuper ici de l'anesthésie obstétricale. Lorsque j'ai entrepris mes premières recherches à ce sujet, certains accoucheurs voulaient qu'on donnât le chloroforme partout et toujours. C'est cette pratique que je combats comme irrationnelle et imprudente. Je la repousse toutes les fois qu'en employant le forceps je puis diminuer la durée de la douleur sans augmenter son intensité.

(*Séance du 4 octobre* 1876, *Bull. de la Soc. de chir.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Esthiomène de la vulve. — M. Siredey communique à la Société l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Juhel-Renoy :

Marie D..., âgée de 29 ans, domestique, d'un tempérament lymphatique et d'une assez forte constitution, est entrée le 16 février 1876, salle Sainte-Geneviève, lit n° 23, à l'hôpital Lariboisière.

Aucun antécédent diathésique bien accusé. Son père est mort d'apoplexie pulmonaire ; sa mère, à un âge très-avancé, d'une affection de poitrine ; elle avait une sœur, d'une très-forte constitution, qui est morte en couches.

Notre malade n'a eu que de légères indispositions dans son enfance. Elle fut réglée à 17 ans, toujours régulièrement. Interrogée dans le but de savoir si elle ne présentait aucune anomalie du côté des organes génitaux, elle affirme qu'elle était bien conformée, avec cette particularité que les lèvres étaient un peu saillantes, mais pas assez pour apporter de la gêne à la marche ni à ses travaux habituels. Elle n'avait ni démangeaison ni écoulement.

Originaire des environs de Tarbes, Marie D... se tenait dans un état de malpropreté extrême. Depuis l'âge de 21 à 25 ans, elle a vécu maritalement, se livrant au coït avec excès, sans jamais devenir enceinte. Pendant cette période de quatre années, elle négligeait un peu moins les soins de propreté, et elle prenait quelques bains.

En 1870, elle fut atteinte de fièvre typhoïde et resta trois mois à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Aussitôt guérie, elle reprit sa vie ancienne ; puis elle vint à Paris, où elle resta trois ans sans avoir un seul rapport sexuel. Elle retomba dans son incurie primitive. Mais, au mois de janvier 1874, elle contracta une nouvelle liaison qu'elle

dut rompre après quatre mois, parce que le coït était devenu douloureux, et que chaque approche produisait un écoulement sanguinolent.

Cependant, malgré son inconduite, Marie D... ne présente, au moment de son entrée, aucune trace ancienne ou récente de syphilis ni sur la peau ni sur les muqueuses. Elle n'a jamais eu, dans son enfance, de maux d'yeux, de gourmes dans la tête, ni d'abcès ganglionnaires du cou. Pourtant sa physionomie est celle d'une scrofuleuse. Le nez est gros, les narines sont un peu élargies. La face est le siége d'une éruption confluente d'acné. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont un peu gros, et il existe au pli de l'aine trois cicatrices que la malade rapporte à des abcès qui lui seraient survenus dans la convalescence de sa fièvre typhoïde. Quelque nombreuses et variées qu'aient été nos investigations sur ce point, les réponses ont toujours été les mêmes.

Il y a huit mois, elle remarqua sur les lèvres de petits boutons remplis d'eau (telle est son expression) ; les vésicules transparentes avaient le volume d'une tête d'épingle et causaient des démangeaisons si violentes que la malade les écorchait en se grattant. Plus tard, ces vésicules se réunirent, devinrent confluentes, et elles furent remplacées par une érosion superficielle. C'est alors que la grande lèvre du côté gauche commence à s'hypertrophier ; elle acquiert bientôt le volume qu'elle présente aujourd'hui : le double de l'état normal. La petite lèvre du même côté est le siége d'une hypertrophie beaucoup plus considérable. La partie supérieure, qui, à l'état normal, forme le capuchon du clitoris, est grosse comme un œuf. Sa couleur est normale ; sa surface est hérissée de villosités arrondies, analogues à de petites verrues agglomérées ; elle n'est pas douloureuse à la pression ; la consistance est mollasse, comme celle de l'œdème. Cette tuméfaction éléphantiasique mit environ quatre mois à atteindre ce volume. En même temps, cette petite lèvre devient, dans sa moitié inférieure, le siége d'un travail hypertrophique analogue. Aujourd'hui, elle se présente avec une coloration rosée, parsemée de petites excroissances arrondies. Les deux moitiés de cette petite lèvre sont reliées entre elles par une partie étranglée, qui lui donne un aspect bilobé. La moitié supérieure semble former à elle seule la petite lèvre ; l'inférieure, entraînée en arrière et en bas par son poids, tend à se cacher entre les cuisses.

A droite, la grande lèvre est aussi augmentée de volume, mais moins qu'à gauche. De même, la petite lèvre correspondante est plus volumineuse, épaissie et indurée, et concourt, avec celle du côté opposé, à fermer l'orifice vaginal. Toutes deux présentent le même aspect qu'à gauche.

En entr'ouvant la vulve, on découvre, à la face interne et à la partie inférieure de la petite lèvre gauche, une ulcération à base indurée,

oblongue dans le sens vertical, à bords taillés à pic, à fond jaunâtre, donnant issue à un liquide trouble, puriforme, peu abondant. Cette ulcération paraît avoir précédé l'hypertrophie de la vulve. Elle se prolonge à l'entrée du vagin, et surtout à la partie inférieure, au niveau de la fourchette, où elle a produit des décollements de la peau et creusé de petites anfractuosités à fond grisâtre, dans lesquelles stagne un pus ichoreux roussâtre, mais sans odeur.

L'introduction du doigt est un peu douloureuse, mais non impossible. Elle fait reconnaître que l'entrée du vagin est envahie par l'ulcération.

Quant au col, il est très-petit, conique, mobile. Les culs-de-sac sont souples, sans rénitence aucune. Aucun trouble dans la miction.

Pas de douleur aux parties génitales; la marche seule est gênée par le volume de la tumeur et un intertrigo déterminé par le liquide sanieux qui s'échappe de la vulve.

Enfin, il existe un empâtement œdémateux assez considérable de la moitié droite du mont de Vénus, et qui s'étend jusqu'à la région inguinale, sans qu'il soit possible d'y découvrir d'induration ni d'hypertrophie ganglionnaire.

Rien d'anomal à signaler du côté du cœur, des poumons et de l'appareil digestif.

La malade est immédiatement soumise à une alimentation aussi substantielle que le comporte le régime de l'hôpital. Elle a du vin de Bordeaux et de quinquina, et prend tantôt de l'huile de foie de morue, tantôt du sirop d'iodure de fer. En outre, bains sulfureux tous deux jours; lotions et pansements sur lesquels nous allons revenir avec quelques détails.

L'huile de foie de morue, d'abord bien supportée, après quelques semaines détermine de l'anorexie et de la diarrhée; on la remplace alors par le sirop d'iodure de fer ioduré, qui, à la dose de deux cuillerées à bouche, augmente l'éruption d'acné, produit des phénomènes d'iodisme et rappelle la diarrhée, de telle sorte que l'on est obligé de donner ces médicaments à faible dose, et même d'en suspendre l'emploi de temps en temps, pour ne pas troubler les fonctions digestives.

L'ulcération vulvaire a d'abord été touchée tous les deux ou trois jours avec un pinceau imbibé de teinture d'iode, puis avec une solution concentrée d'acide chromique.

En même temps, la malade prenait des bains sulfureux tous les deux jours; les soins de la plus grande propreté lui étaient prescrits; et elle faisait, dans la journée, des lotions fréquentes.

Néanmoins, la plaie ne se modifiait pas d'une façon sensible; nous eûmes alors l'idée, tout en continuant le même traitement général, de saupoudrer deux fois par semaine la surface ulcérée avec un bour-

donnet d'ouate imprégné d'iodoforme que nous abandonnâmes ensuite au fond de l'ulcère, au niveau de la fourchette, là où il semblait creuser encore et être le plus profond. En moins de quinze jours, la plaie changea d'aspect sous l'influence du pansement à l'iodoforme. Elle devint plus rosée, et la cicatrisation commença à s'opérer au centre de l'ulcération de la petite lèvre gauche. La cicatrice gagna progressivement la fourchette ; peu à peu, les anfractuosités diminuèrent de profondeur ; la couche pultacée, grisâtre, qui les recouvrait disparut et fit place à un tissu cicatriciel blanchâtre ; mais, en même temps, l'ulcération gagnait le côté droit et s'étendait insensiblement à la partie inférieure de la petite lèvre. Un point important à signaler aussi, c'est que l'application de l'iodoforme, qui se faisait deux fois par semaine, n'a jamais déterminé la moindre douleur.

Lorsqu'au mois d'août 1876, nous présentons la malade à la Société des hôpitaux, une amélioration considérable est survenue dans sa santé. Le teint est coloré, l'appétit est bon, les digestions se font bien, l'embonpoint est augmenté, la menstruation est régulière.

Quant aux parties génitales, des modifications importantes y sont survenues. La tumeur la plus volumineuse, celle qui était constituée par l'hypertrophie de la petite lèvre gauche, a notablement diminué de volume. Sa consistance est plus molle, et elle présente un aspect plissé, ridé, ratatiné, comme si elle était revenue sur elle-même. L'épaississement et l'induration œdémateuse de la moitié gauche du mont de Vénus, qui se continuaient jusqu'à la région inguinale, ont beaucoup diminué.

La peau, quoique encore épaissie, ne semble plus collée aux tissus sous-jacents, et il est facile de reconnaître, par la palpation, les ganglions avec leur volume à peu près normal. La grande lèvre forme un bourrelet œdémateux, un peu dur, caché derrière la tumeur constituée par la petite lèvre du même côté.

A droite, la partie supérieure de la petite lèvre forme un bourrelet plus gros que le doigt, recouvrant le clitoris, qui va diminuant d'épaisseur à mesure qu'il se rapproche de la fourchette. Il est bilobé comme celui du côté opposé. Rien à noter de spécial à la grande lèvre, qui est à peu près dans le même état que celle du côté opposé.

En entr'ouvant la vulve, on constate une cicatrisation complète de l'ulcération qui existait à gauche. Cette cicatrice forme un léger relief blanchâtre à la partie centrale, tandis que les bords sont légèrement déprimés et un peu rougeâtres.

Au niveau du vestibule, il existe une cicatrice rugueuse, anfractueuse, ne saignant plus comme autrefois au contact du doigt.

A droite, l'ulcération dernièrement formée n'est pas encore complètement fermée. C'est de cette surface à vif, non cicatrisée, que s'écoule le liquide qui baigne la vulve et entretient l'intertrigo.

L'orifice vaginal est rétréci ; il est constitué actuellement par une cicatrice fibreuse, peu extensible, permettant avec quelque difficulté l'introduction du doigt indicateur. J'ai pu constater, par le toucher, l'intégrité du col et des culs-de-sac. Cette exploration n'a pas été douloureuse, et a été possible sans déterminer d'écoulement de sang.

Tel est l'état de cette malade que nous croyons atteinte de l'affection décrite par Huguier sous le nom d'*esthiomène vulvaire hypertrophique*, et qui nous a paru assez intéressante pour être soumise à l'examen de la Société.

(*Séance du 28 juillet* (*Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Hémorrhagie mortelle chez une femme enceinte. — M. Polaillon fait la communication suivante sur un cas d'*hémorrhagie mortelle* chez une femme enceinte:

Il s'agit d'une jeune femme enceinte, âgée de 20 à 25 ans, blanchisseuse, habitant Gentilly, et qui, tous les matins, le jour même de l'accident, venait à pied, de Gentilly au faubourg Saint-Jacques, travailler dans un atelier. Cette femme avait aux jambes de fortes varices.

Ce matin, comme les jours précédents, elle s'était mise à son travail, quand elle s'aperçut qu'elle perdait du sang par une plaie à la jambe. L'hémorrhagie devenant abondante, on la mit sur un brancard et on l'apporta à la Maternité ; mais, avant d'avoir été montée dans la salle, elle avait succombé.

M. Hervieux, appelé auprès d'elle, pratiqua l'opération césarienne : l'enfant fut retiré vivant encore, mais mourut au bout de quelques instants. Arrivé sur ces entrefaites, M. Polaillon examina cette femme, et trouva, au niveau de la malléole interne, une petite plaie circulaire par laquelle s'était produite l'hémorrhagie. Il constata, en outre, que les jarretières, placées au-dessous du genou, avaient dû exercer une constriction très-marquée.

De tels faits sont rares. Cependant, il y a quelques années, M. Polaillon en avait observé un autre tout à fait semblable. Une femme, en montant un escalier, s'était déchiré une varice contre une marche ; une hémorrhagie abondante s'en était suivie, et la femme avait succombé très-rapidement.

Cazeaux a cité un fait analogue d'hémorrhagie des grandes lèvres également suivie de mort : une veine variqueuse de la vulve s'était rompue ; on avait cru d'abord à une hémorrhagie utérine.

Enfin, M. Polaillon connaît un quatrième cas dans lequel, à la suite d'un choc, les veines variqueuses des grandes lèvres s'étaient rompues, et la femme était morte d'hémorrhagie.

Discussion. — M. Peter engage beaucoup M. Polaillon à faire l'autopsie de cette femme : peut-être trouvera-t-on du côté des reins l'explication de ce fait anormal. L'albuminurie gravidique est fréquente ; elle rend, dit-il, le sang très-fluide et, partant, favorise les hémorrhagies. M. Peter rapprocherait volontiers ce cas des faits cités par M. Blot dans sa thèse sur les *hémorrhagies de la délivrance.*

M. Forget a été, à la Société de chirurgie, chargé de faire le rapport sur la thèse qui vient d'être citée, et, comme M. Peter, il est frappé de l'analogie entre le cas de M. Polaillon et les faits rapportés par M. Blot. Pour expliquer une hémorrhagie aussi abondante et aussi rapidement fatale, il faut qu'il y ait eu une altération générale de l'organisme. Tous les jours, en chirurgie, on voit des hemorrhagies qui ne sont pas ainsi suivies de mort. Pour sa part, il a vu beaucoup de gens atteints de varices, entre autres des statuaires. Il a observé des ruptures de varices suivies d'hémorrhagies, mais jamais un seul cas de mort.

M. Polaillon n'est pas aussi sûr que ses collègues que l'albuminurie favorise la production des hémorrhagies ni qu'elle fluidifie le sang. M. Blot a avancé le fait; mais la chose est-elle bien certaine? Sur 500 à 600 accouchées, il y a une éclamptique, ou même une éclamptique sur 40 à 45 albuminuriques. Il a vu, pour sa part, 20 à 25 éclamptiques, et jamais un cas d'hémorrhagie. La cause principale des hémorrhagios, au moment de l'accouchement, est l'inertie de l'utérus, et l'albuminurie n'empêche pas le sang de se propager dans les sinus.

Chez les femmes enceintes, la cause de l'hémorrhagie est la grossesse elle-même ; le fait même du volume de l'utérus empêche le sang de remonter librement dans les vaisseaux et produit en même temps des thomboses des membres.

M. Leblond fait remarquer que la myocardite est une lésion fréquente dans l'état puerpéral, et qu'elle pourrait expliquer la mort subite.

M. Peter demande si l'on a vu la couleur du sang, et si l'on a pu apprécier le sang perdu.

M. Polaillon n'a eu aucun de ces renseignements. Tout ce qu'il sait, c'est que la plaie de la jambe datait de plusieurs jours.

M. Peter fait remarquer que, dans ce cas, il y a bien des inconnues. Il revient à sa proposition d'examiner les reins, et, avec M. Leblond, pense qu'il faudra aussi étudier l'état du cœur. Selon lui, chez les albuminuriques, non-seulement le sang est plus fluide, mais il y a encore une intoxication générale, par l'effet de la rétention dans le sang de matières excrémentitielles. Il y a donc deux causes d'hémor-

rhagie au lieu d'une : les choses se passent à peu près de la même manière que dans l'ictère grave. A l'autopsie, on devra trouver plus que de l'anémie ; on trouvera sans doute la dégénérescence graisseuse des reins.

M. POLAILLON admet que la fluidité du sang a été démontrée dans l'ictère grave, mais non pas dans l'albuminurie, et alors même qu'il y a eu des accidents dits mécaniques, on n'a pas signalé dans le sang une plus grande quantité d'urée.

M. MERCIER a fait autrefois des recherches sur l'albuminurie, et, au lieu de trouver le sang plus fluide, il l'a trouvé, au contraire, plus visqueux et plus coagulable. De là des troubles de circulation. Il constata en même temps que les affections du cœur étaient fréquentes chez les albuminuriques.

M. PETER, contrairement à l'opinion de M. Polaillon, affirme que la présence d'un excès d'urée dans le sang des femmes albuminuriques est chose démontrée : chez une femme qu'il fit saigner, on trouva une proportion triple de la quantité normale.

L'urée a même été retrouvée dans les matières vomies par les femmes albuminuriques.

M. PERRIN admet très-bien que les altérations du sang puissent produire des hémorrhagies, que les myocardites puissent causer des morts rapides ; mais, dans le cas présent, les causes mécaniques suffisent pour expliquer l'accident. Dans le cours de sa pratique, il a eu parfois, chez des variqueux, des hémorrhagies très-abondantes, qui, si elles n'eussent été arrêtées promptement, auraient pu devenir fatales. D'autre part, il a pu observer une dizaine de cas d'éclampsie puerpérale, et jamais il n'a vu survenir d'hémorrhagie.

Par conséquent, sans nier d'une manière générale l'influence funeste de la myocardite et des altérations du sang, il pense que, chez les hommes comme chez les femmes, les ruptures de varices peuvent être fatales, et, dans le cas actuel, chez une femme dont toute la circulation était d'ailleurs embarrassée par suite de son état de grossesse, la déchirure d'une veine variqueuse a suffi pour amener la syncope et, secondairement, la mort.

M. POLAILLON est de l'avis de M. Perrin. On voit, en chirurgie, des hémorrhagies très-graves, et, chez les femmes enceintes, la présence du globe utérin constitue une complication grave qui favorise ces hémorrhagies. Il ne faut pas, selon lui, aller chercher aussi loin l'explication d'un fait qui lui paraît simple. La question de l'urée est d'ailleurs difficile à trancher. Pour doser avec précision la quantité d'urée contenue dans le sang, il ne suffit pas seulement de le recueillir et de le porter dans un laboratoire, il faut tout d'abord le recueillir d'une certaine façon, le recevoir dans un vase gradué rempli d'alcool absolu dont on connaisse exactement le poids. Ces précautions ont-

··s été toujours observées ? Quant aux produits excrémentitiels 'on rencontre dans les matières vomies par les femmes albuminu- ;ues, ce n'est pas à l'état d'urée qu'on les trouve, mais à l'état de rbonate d'ammoniaque. Il est évident qu'un rein qui fonctionne .ıal laisse s'accumuler dans le sang une certaine quantité de produits ·xcrémentitiels, mais ces produits sont altérés, et, quoi qu'il en soit, il n'est pas établi que leur présence soit une cause d'hémorrhagie.

M. Gimbert (de Cannes) cite, à ce sujet, le fait d'une femme qui, pendant sa grossesse, fut atteinte de vomissements incoercibles. Les matières vomies furent analysées, et l'on constata la présence de carbonate d'ammoniaque et d'urée. Ces vomissements furent, à tort, arrêtés, et la femme succomba à des accidents urémiques.

M. Delasiauve a observé 4 cas d'éclampsie, et dans aucun de ces cas il n'y eut d'hémorrhagie. Pour sa part, il serait disposé à accepter l'explication de M. Polaillon.

(*Séance du 22 juillet 1876 Union méd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Transactions of the obstetrical Society of London for 1874, with a general index (Compte-rendu des travaux de la Société obstétricale de Londres pendant l'année 1874). Londres, chez Longmans, Green et Ce.

Discours du président. — L'obstétrique en Angleterre. — Observation de grossesse tubaire. — Du rôle de la lymphangite dans la pathologie pelvienne. — Du vaginisme. — Congestion et flexion de l'utérus. — Thrombose puerpérale, etc.

La Société obstétricale de Londres est bien connue de nos lecteurs et nous avons déjà analysé un grand nombre des travaux qu'elle a publiés. L'intéressante discussion sur la fièvre puerpérale et les maladies infectieuses, qui a occupé en 1875 plusieurs séances de la Société, a été traduite *in extenso* par M. le Dr Martin (voy. les *Annales*, juin, juillet, août et septembre 1876). Nous allons aujourd'hui donner un court aperçu des principaux mémoires réunis dans le volume XVI des *Transactions*.

Outre un grand nombre d'observations et de mémoires, ce volume contient le discours annuel prononcé par le président, M. John Tilt. Ce document se rapporte surtout à l'état de la science obstétricale en Angleterre et retrace l'histoire des deux grandes Sociétés qui, à Edimbourg et à Londres, se sont consacrées à son développement. M. Tilt appelle ensuite l'attention sur la pratique obstétricale qui est

laissée entre les mains inhabiles de matrones et d'accoucheuses qui n'ont reçu aucune éducation scientifique et ne sont pas tenues de justifier de leurs connaissances devant un jury. Ce déplorable état de choses a été signalé depuis longtemps au Gouvernement par la Société obstétricale; le *Medical councit* s'occupe actuellement de la question; mais en Angleterre, comme partout ailleurs, les réformes, même les plus urgentes, sont toujours longues à obtenir.

Nous remarquons en premier lieu une intéressante observation de *grossesse tubaire*, par M. Sidney Turner. Il s'agissait d'une femme de 35 ans qui avait déjà eu un avortement de trois mois. Elle se croyait enceinte de deux mois et avait assez bonne santé, lorsqu'elle fut subitement prise, pendant une promenade, d'une douleur extrêmement violente dans l'hypogastre. Elle fut ramenée chez elle en voiture et le Dr Turner, qui la vit peu d'instants après, la trouva dans un colapsus complet. Le toucher vaginal ne fit rien découvrir, si ce n'est une légère augmentation de volume de l'utérus. Il n'y avait pas d'hémorrhagie vaginale ni d'épanchement sanguin dans le cul-de-sac de Douglas. On diagnostiqua une grossesse extra-utérine et on ordonna le repos et l'administration de cordiaux. La malade mourut quelques heures plus tard.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, on trouva le péritoine rempli aux trois quarts par du sang à demi-coagulé. L'utérus était un peu augmenté de volume, mais ne contenait pas de sang. Le tube de Fallope droit présentait sur son trajet un point distendu qui atteignait la grosseur d'un petit œuf. C'est sur ce point qu'avait eu lieu la rupture. On distinguait en effet une vésicule de Graaf très-développée sur l'ovaire du même côté et on remarquait quelques adhérences entre l'ovaire et l'utérus. La cavité utérine était tapissée par la membrane décidue qui était encore adhérente, mais qu'on pouvait détacher très-facilement.

Nous trouvons ensuite un long mémoire de M. John Tilt sur le *Rôle de la lymphangite dans la pathologie pelvienne*. L'auteur étudie avec soin les différentes lésions qui se rattachent plus ou moins directement à la lymphangite et rappelle cet aphorisme de Velpeau : « Quand l'angioleucite sera mieux connue, elle expliquera bien des maladies des vicères. » Il divise son sujet en deux parties : 1° les lymphangites proprement dites et 2° les lésions qui en découlent. Dans la première, il place la lymphangite bénigne et la lymphangite septicémique qui est elle-même subdivisée en puerpérale, blennorrhagique, syphilitique et cancéreuse. La seconde partie comprend les lésions consécutives que l'auteur désigne sous le terme général de *cellulites* : inflammation péri-utérine, abcès pelviens et abcès iliaques, puis les autres inflammations de la région : péritonite, ovarite et salpingite (inflammation de la trompe).

Voici les conclusions de cet important mémoire :

1° La cellulite pelvienne, bénigne ou septique, a toujours pour point de départ l'inflammation des vaisseaux et capillaires lymphatiques qui résulte d'une lésion de la muqueuse utéro-vaginale ;

2° Quel que soit le point du bassin qu'elle occupe, la cellulite suit toujours la même marche, mais elle aura un nom et des symptômes différents selon les dispositions topographiques et la nature des tissus qui la circonscrivent ;

3° Les lymphatiques purulents qui se rendent dans les ganglions lombaires peuvent enflammer le tissu cellulaire sous-séreux et devenir ainsi une cause fréquente d'abcès iliaques. Les rapports directs qui existent entre les lymphatiques sous-péritoneaux et ceux de l'ovaire et de l'oviducte expliquent la facilité avec laquelle l'inflammation et les principes septiques se transmettent de l'un à l'autre;

4° Que l'intoxication ait lieu à la suite d'une phlébite puerpérale ou d'une lymphangite puerpérale les symptômes généraux sont les mêmes; les symptômes locaux varient selon le siége et la nature des lésions ;

5° L'augmentation en volume et en nombre des lymphatiques pelviens, pendant la grossesse, sont parfaitement de nature à contre-indiquer toute opération chirurgicale importante chez les femmes enceintes ;

6° La préférence et l'intensité de la lymphangite puerpérale est en raison directe du nombre et de la gravité des lésions de la muqueuse utéro-vaginale pendant le travail. Il est donc utile, dans la majorité des cas, de terminer rapidement l'accouchement à l'aide du forceps.

7° Il est très-dangereux de laisser baigner une plaie vaginale ou utérine dans un pus ichoreux; il est donc nécessaire de pratiquer des injections désinfectantes aussitôt que l'écoulement lochial devient fétide. On peut employer pour déterger la cavité utérine après l'accouchement une solution de teinture d'iode ou de perchlorure de fer dont l'innocuité est aujourd'hui démontrée ;

8° La mortalité effrayante qui accompagne les épidémies de lymphangite puerpérale dans les maternités justifie parfaitement la répulsion qu'inspirent ces établissements à tous les gynécologistes.

Nous remarquons plus loin un intéressant travail sur le *vaginisme*, par M. Schnegierief, chirurgien de l'hôpital de Moscou. L'auteur admet deux variétés : un vaginisme organique ou pathologique et un vaginisme nerveux. Le premier est consécutif au traumatisme, à l'inflammation et à toutes les lésions de l'orifice vaginal ; le second existe sans aucune lésion appréciable des organes et consiste dans une hyperesthésie excessive de la muqueuse vulvo-vaginale. Le spasme

peut exister dans les deux cas : tantôt il occupe le canal vaginal tout entier, *vaginismus completus seu totalis*, tantôt une partie de l'organe seulement, *vaginismus incompletus seu partialis*, de Simpson. L'auteur pense que l'accomplissement complet du coït et l'accouchement ne font pas cesser le vaginisme et que, malgré l'assertion contraire de Sims, la contraction peut persister pendant l'anesthésie. Quant au traitement, il doit être surtout mécanique et chirurgical. Dans la forme nerveuse, on emploiera surtout la dilatation, mais la section du muscle du sphincter du vagin, telle qu'elle est pratiquée par Sims, n'est applicable que dans un petit nombre de cas.

Étude des relations qui existent entre la congestion de l'utérus et la flexion de cet organe, tel est le titre d'un mémoire très-original de M. John Willams, dans lequel nous trouvons d'excellentes notions de pathologie générale utérine.

L'auteur démontre que la quantité de sang nécessaire pour produire la congestion de l'utérus est peu considérable et n'augmente pas le poids de l'organe au point d'être une cause mécanique de flexion. Les causes de la congestion utérine sont en général peu connues, et rien ne prouve que l'afflux physiologique du sang dans l'organe soit le point de départ de la congestion. L'auteur étudie ensuite les effets de la flexion, qui sont les suivants : occlusion de l'orifice utérin et par suite élargissement de la cavité, congestion et épaississement des parois. La flexion produit également l'hypertrophie et la congestion du col par la compression exercée sur le plexus veineux autour de l'insertion du vagin sur l'utérus. Dans la rétroflexion, le corps de l'utérus et les veines des ligaments larges peuvent être comprimés par les ligaments sacro-utérins et, par suite, devenir le siége d'une congestion très-intense.

L'espace nous manque pour rendre compte des nombreux et intéressants mémoires contenus dans ce volume. Nous signalerons encore un important mémoire de M. Playfair sur la *Thrombose puerpérale;* un autre de M. Copeman intitulé : *Consultations obstétricales dans la pratique privée*. L'auteur rapporte brièvement l'observation de 216 cas de dystocie qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa longue carrière. Sur ce nombre, il a pratiqué 14 fois la crâniotomie et cette opération n'a fourni qu'un seul cas de mort. En somme, sur ces 216 cas, il n'a eu que 18 décès attribués aux causes suivantes : crâniotomie, 1; insertion vicieuse du placenta, 2; rupture de l'utérus, 2; éclampsie, 1; tumeur pelvienne, 1; pyohémie, 1.

Signalons encore le mémoire de M. John Basset sur l'*Emploi du fer à l'intérieur pendant la grossesse*, celui de M. Galton sur le *Traitement de l'antéflexion*, et enfin le travail de M. Hoggan sur la *Structure de la membrane décidue*.

Ajoutons que ce volume XVI présente un intérêt particulier, parce qu'il contient la table générale des 15 volumes qui l'avaient précédé.

Dr LUTAUD.

REVUE DES JOURNAUX

The hereditary transmission of syphilis (De la transmission héréditaire de la syphilis), par le Dr KASSOWITZ. — M. le Dr Kassowitz nous fournit les résultats des observations qu'il a recueillies à l'hôpital des Enfants de Vienne, où il a eu l'occasion tout à fait exceptionnelle d'étudier la question de la transmission héréditaire de la syphilis.

Il a trouvé que l'infection se produisait par les cellules spermatiques ou par l'ovule ou par les deux en même temps.

Une mère parfaitement saine peut engendrer un enfant syphilitique sans être elle-même infectée ; d'un autre côté, une mère qui contracte la syphilis après que la conception a eu lieu peut donner naissance à un enfant non contaminé.

L'auteur établit cependant que la syphilis peut déterminer l'avortement, bien que l'œuf soit parfaitement sain. La syphilis est, dit-il, transmissible au fœtus par le père ou par la mère, seulement au moment de la conception.

Il semble que le virus syphilitique diffère de celui de la variole, e la scarlatine, etc., par ce fait qu'il ne se transmet pas à travers le placenta : c'est-à-dire qu'un fœtus syphilisé ne peut contaminer une mère qui est saine, ou, réciproquement, une mère devenue syphilitique ne communique pas la maladie par cette voie. (*Stricker's Jahrbucher*, fasc. IV, 1876, et *the Bristish and Foriegn medico-chirurgical review*, octobre 1876, p. 482.)

Ergot in uterine catarrh (De l'emploi de l'ergotine dans le catarrhe utérin), par le Dr GERELEITSCHENKO. — L'auteur a essayé l'effet de l'ergotine en applications directes dans la cavité cervicale de l'utérus, dans vingt-neuf cas de métrite chronique, accompagnée de catarrhe utérin ; dans vingt-deux cas, la sécrétion catarrhale fut diminuée, l'engorgement de la muqueuse disparut et l'utérus lui-même diminua de volume et devint plus ferme ; les symptômes subjectifs cessèrent en même temps et la menstruation devint régulière. Dans les sept autres cas, l'amélioration obtenue fut bientôt suivie du retour des accidents, l'utérus ayant, dans ces cas, subi des altérations plus considérables. (*St-Petersburg med. Woch.* et *new Remedies*, 15 septembre 1876, p. 270.)

On the prophylaxis of puerperal fever (De la prophylaxie de la fièvre puerpérale), par le professeur BISCHOFF. — Pensant que la fièvre puerpérale, dans ses diverses formes, est due à l'infection de l'économie par les plaies du canal génital et provient principalement du dehors, bien qu'elle puisse être quelquefois autogénétique, le professeur Bischoff recommande, comme très-utile, l'emploi habituel de l'acide phénique dans tous les accouchements, les bains et les injections contenant une certaine quantité de ce produit ; il recommande aussi de se laver les mains, ainsi que les instruments, dans une solution au trois centième de cet acide ou un mélange d'huile ou de glycérine et d'acide dans la proportion de 10 p. 100. Toutes les déchirures doivent être soigneusement réunies, quand on le peut, soit au moyen de la soie phéniquée ou d'un fil d'argent. Après l'accouchement, des injections d'une solution d'acide, à la dose de 2 p. 100, doivent être employées, et si l'on est obligé de recourir au cathétérisme, la sonde doit être enduite d'huile phéniquée. L'auteur fournit une statistique qui montre une diminution notable de la mortalité depuis qu'il fait ainsi usage d'acide phénique. (*Allg. Med. Cent. Zeit.*, février 1876, et *the British and Foreign medico-chirurgical review*, octobre 1876, p. 483.)

VARIÉTES

Un cas de monstre double autositaire. — Le Dr BERJOAN (du Caire) rapporte, dans la *France médicale* du 1er novembre 1876, qu'il a eu l'occasion d'observer un cas intéressant de monstre double autositaire, monstre vivant et examiné par lui, trois semaines après la naissance.



Ce monstre a été amené au Caire par un couple bédouin, mari et femme, qui sont arrivés de Magagah (Haute-Egypte).

Les deux individus, d'une force et d'une pureté de formes remarquables, sont venus présenter au Gouvernement un petit enfant qui leur est né, étrange phénomène vivant, possédant deux têtes, deux poitrines, quatre bras, trois jambes et un unique abdomen percé d'un seul trou ombilical. (Voir le dessin de ce monstre que nous devons à l'obligeance de notre excellent confrère le Dr Bottentuit.)

Le père, âgé d'une cinquantaine d'années environ, a toujours joui et jouit encore d'une excellente santé ; la mère, après avoir mis successivement au monde cinq enfants, deux garçons et trois filles, tous vivants et bien portants, vient d'accoucher, le 6 août courant, à l'âge de 46 ans, du singulier phénomène que je vais essayer d'étudier.

A ma visite le 22 août,)e trouve ces deux petits enfants, ou plutôt ce petit enfant, couché transversalemeut sur les genoux de la mère, une tête à gauche, une tête à droite, reliées l'une à l'autre par deux thorax et un unique abdomen, du milieu duquel se détachent deux jambes un peu grêles, mais bien conformées. Après quelques difficultés, j'obtins de la mère l'autorisation de découvrir l'enfant et de constater en lui tous les attributs d'une virilité bien marquée. Désirant pousser plus loin mon examen, j'ai pu m'assurer (sous les vêtements de l'enfant) de l'existence de quatre poumons, de deux cœurs parfaitement logés à leur place dans chaque cavité thoracique, en un mot, de deux troncs parfaitement conformés, munis chacun de ses deux bras, fonctionnant indépendamment l'un de l'autre ; et, à la base de l'abdomen, derrière les organes sexuels, j'ai pu observer *de visu* un petit renflement caudal se dirigeant d'avant en arrière et obiquement de droite à gauche, percé d'une petite ouverture ronde à chaque extrémité. De ces deux ouvertures, qui ne ressemblent en rien à un orifice anal, une seule fonctionne, à ce que m'a dit la mère ; mais je soupçonne fort que la seconde pourrait bien être l'orifice d'un canal vulvo-utérin. J'ai voulu m'en assurer, et, à cet effet, armé d'un stylet, j'ai tenté d'en mesurer la profondeur ; mais à la vue de l'instrument, la mère a poussé des cris d'effroi et j'ai été entouré aussitôt par ses cinq enfants qui, affolés de terreur et me croyant envoyé par le khédive pour purger la terre de ce petit monstre, m'ont supplié et menacé tour à tour.

J'ai eu beau leur affirmer que je n'avais pas de mission officielle, moins encore celle qu'ils me supposaient, que je désirais seulement faire une remarque scientifique et dans l'intérêt de leur enfant, rien n'a fait, et j'ai eu toutes les peines du monde à terminer mon examen en découvrant avec difficulté une troisième jambe au pied-bot rudimentaire, bien moins développée que les deux autres, destinée, selon moi, à s'atrophier ou tout au moins à rester stationnaire au fur et à mesure du développement des autres organes, et qui m'a paru être la jambe droite du sujet gauche.

Quelque rapide et incomplet qu'ait été mon examen, il ne m'a pas été difficile de reconnaître que j'avais eu en présence une monstruosité décrite par Is. Geoffroy-Saint-Hilaire sous le nom de *monstre double autositaire* et rangée dans le premier ordre de sa deuxième classe. En effet, par l'exploration (toujours sous les vêtements) des deux poitrines, j'ai acquis la certitude que les fonctions respiratoire et circulatoire sont parfaitement indépendantes les unes des autres dans les deux cavités, et que les deux individus, après avoir concouru séparément à tous les *actes de la vie de nutrition*, trouvent une existence commune dans l'abdomen et dans les excrétions des matières fécales et de l'urine qui s'effectuent par un seul orifice rectal et par un seul méat urinaire.

En contemplant ces deux têtes et ces deux troncs chez lesquels toutes les fonctions physiologiques s'exécutent avec une régularité aussi parfaite que chez les autres petits enfants du même âge, on est tenté de supposer qu'ils pourraient bien être le résultat de la soudure de deux jumeaux ou de deux embryons, provenant de deux ovules bien distincts, mais chacun sait que cette théorie est condamnée par la science, qui assigne une origine blastodermique aux monstruosités de ce genre. Il est hors de doute, en effet, que ces produits consistent essentiellement en un trouble de la propriété de naissance et que la formation de leurs divers *organes doubles* se fait *simultanément* dès le début, aux dépens des cellules embryonnaires.

J'ajoute en terminant que ces deux petits tronçons, aujourd'hui âgés de 21 jours, paraissent jouir d'une santé parfaite, qu'ils tètent, crient, pleurent et dorment parfaitement bien indépendamment l'un de l'autre, et qu'ils ne semblent pas disposés à livrer de sitôt au scalpel les mystères de leur abdomen.

Suppositoire contre le vaginisme. — *L'Union médicale* du 10 octobre 1876 rapporte que M. Bouchut emploie dans le vaginisme des suppositoires dont voici la composition :

R. Beurre de cacao . . . . 15 grammes
Extrait de ratanhia . . . . 9 grammes 97

F. S. A. Trois suppositoires.

On introduit, matin et soir, un de ces suppositoires dans le vagin, pour combattre le vaginisme, qui est souvent déterminé par une petite fissure longitudinale étroite située au niveau de la fourchette.

On fait prendre en même temps un bain de son tous les jours.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commencent le mardi 15 novembre un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties. 1re partie : anatomie, physiologie, grossesse ; 2e eutocie ; 3e dystocie ; 4e exercices pratiques.

S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

— M. le Dr Verrier nous prie d'annoncer qu'il a repris son cours d'accouchements et de manœuvres obstétricales le lundi 13 novembre, à 4 heures, à son amphithéâtre, 41, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les leçons ont lieu tous les jours, le jeudi excepté.

On s'inscrit chez le concierge de l'amphithéâtre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Kyste para-ovarique, par Iszenard. (*Société anatomique*, in *Progrès médical*, 19 février 1876.)

Caduque menstruelle, par Féré. (*Société anat.*, in *Progrès méd.*, 19 février 1876.)

Adéno-lymphite périutérine. (Leçon de M. le Dr Alphonse Guérin, in *Gazette hebd.*, n° 9, 1876.

Note sur deux cas de périnéorrhaphie, par Mollière. (*Lyon médical*, 27 février 1876.)

Cancer primitif du corps de l'utérus. — Généralisation du système lymphatique, par Kirmisson. —(*Société anatomique* in *Progrès médical* janvier 1876).

Du développement incomplet des organes génitaux, par Siredey et de Sinéty. (*Société de Biologie*, *in Progrès méd.*, 22 janvier 1876).

De l'hérédité des grossesses gémellaires, par le Dr Masson (de Charmes) (*Gaz. obst.* n° 2, 1876).

Du rétrécissement de l'urèthre chez la femme et de son traitement par l'électrolyse, par le Dr Newmann (de New-York), traduction du Dr Lutaud (in *Archives générales de médecine*, janvier 1876).

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit ; ovariotomie, guérison, par le Dr Louis Lande (*Gaz. méd. de Bordeaux*, 5 janvier 1876).

Comparaison du forceps, de la version et de l'accouchement prématuré dans les rétrécissements du bassin (*Edinburgh med. Journal*, 1874, analyse in *Bulletin de thérap.*, 15 janvier 1876, p. 38.)

Métrorrhagies et corps fibreux (leçon de M. Léon Labbé, in *France médicale*, 19 janvier 1876).

De l'ovariotomie dans le sud-ouest de la France, par le Dr Duplouy (*Bulle. de thérap*, 15 et 30 janvier 1876).

Imperforation du canal de l'urèthre chez un nouveau né, par Conrad (*Société de méd. de Nancy*, in *Revue méd. de l'Est*, 15 janvier 1876).

Du toucher. — Ovarite (leçon de M. Alph. Guerin, in *Gaz. des hôp.*, 27 janvier et 3 février 1876.)

Engorgement laiteux du sein, guérison rapide par l'application du courant continu, par Smeets (de Liége), (*Scalpel*, 1876, p. 207).

Reins d'un fœtus à terme mort pendant l'accouchement, infarctus uratiques, par Budin (*Progr. méd.*, 5 février 1876).

Expulsion d'une tête de fœtus à la suite d'un avortement, par Coudereau (*Soc. de Biologie* in *Progrès méd.*, 5 février 1876).

Un cas de singulière disposition des viscères chez un enfant nouveau-né, par le Dr Vosselmann (de Brumath), (*Soc. de méd. de Strasbourg*, in *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1876, p. 16.

Douleurs intermittentes dans le cancer utérin. (Leçon de M. Verneuil, in *journ. de méd. et de chir. pratiques*, janvier 1876).

Accouchement d'un enfant vivant pendant le cours d'une grossesse extra-utérine, par Dibot (*Gaz. obst.* 1876, p. 161.)

Présentation de la face, position mento-iliaque droite postérieure, inertie utérine, forceps, par Boussuge (*Lyon médical*, 4 juin 1876, p. 152).

Albuminurie et éclampsie puerpérale avec neuf observations, par Angus Macdonald (*Obstetrical Journal*, août 1876.)

L'allantoïde de l'homme et ses rapports avec le cordon ombilical, par Ahlfeld (*Archiv für Gynækol.* T. X, p. 81 à 118).

Contribution à l'histoire des maladies matrimoniales, par Noël Gueneau de Mussy (*France médicale*, 29 janvier et 2 février 1876).

Quelques considérations sur l'hygiène des jeunes filles et des jeunes femmes à propos des maladies matrimoniales, par Noël Gueneau de Mussy (*France méd.*, n° 14 1876).

Vice de conformation du vagin. Oblitération incomplète du vagin constituée par une cloison transversale épaisse siégeant à mi-hauteur de ce conduit et s'opposant à la sortie de l'enfant lors de l'accouchement, opération ; extraction du fœtus; guérison, par le Dr Leroy de Langevinière (*Année médicale*, n° 1, 1876.)

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES INSTRUMENTS DESTINÉS A REMPLACER LE FORCEPS ET DES TRACTIONS MÉCANIQUES.

Par M. le Dr Charpentier,
Professeur agrégé de la Faculté de Paris (1).

Messieurs,

Parmi les obligations que m'impose l'enseignement que je suis chargé de vous donner cette année, il en est une bien délicate et bien difficile et à laquelle j'aurais essayé de me soustraire si je ne me sentais pas soutenu d'une part, par l'autorité de nos maîtres les plus compétents, de l'autre, par la conscience du devoir accompli, et du service que je rendrai ainsi à vous et aux malades qui vous seront confiées.

Je veux vous parler de ces instruments qui ont été inventés pour remplacer ce merveilleux forceps dont je viens de vous donner les règles d'emploi, et d'un autre côté, je veux discu-

(1) Leçon faite à la Faculté en 1876.

ter avec vous cette nouvelle méthode que l'on cherche à transporter de l'obstétrique vétérinaire dans l'obstétrique humaine, je veux dire la méthode des tractions mécaniques.

Je ne suis, je vous le déclare tout d'abord, partisan ni des uns ni de l'autre, et je vais tâcher de vous montrer les inconvénients et les dangers de ces méthodes. Or, vous savez quelle tendresse es inventeurs ont pour leurs découvertes; c'est donc en agissant ainsi m'exposer à soulever bien des rancunes et bien des colères, les discussions dans ces cas dégénérant souvent en personnalités; je m'efforcerai, autant que possible, d'éviter cet écueil et de rester dans les limites d'une discussion purement scientifique, courtoise et loyale. Mais cette discussion, je la soutiendrai aussi complète que possible, persuadé que c'est le meilleur service que je puisse vous rendre, que de vous mettre en garde contre des apparences plus ou moins séduisantes et de vous éviter ainsi des déboires malheureusement déjà trop fréquents dans notre profession, quelle que soit la prudence que l'on puisse déployer et l'expérience que l'on puisse avoir.

Depuis dix ans déjà, j'ai suivi la pratique de nos maîtres, depuis dix ans, soit à l'hôpital, comme chef de clinique de M. Depaul, soit comme son remplaçant, soit dans ma clientèle privée, j'ai eu de nombreuses occasions de faire usage du forceps ou du céphalotribe tant dans des cas simples, que dans des cas graves, je n'ai jamais vu nos maîtres avoir besoin d'autres instruments; comme eux je n'en ai jamais employé d'autres, et je ne crains pas d'affirmer que les cas dans lesquels ces instruments ont été d'un emploi délicat et difficile m'eussent présenté de bien plus grandes difficultés, si j'avais eu recours à ces nouvelles inventions qui ne présentent pas les avantages du forceps, et offrent de bien plus grands inconvénients, pour ne pas dire de dangers pour les malades.

De ces instruments, l'un, le *Léniceps*, est déjà du reste tombé dans l'oubli; l'autre, le *Rétroceps*, survit encore grâce à l'ardeur toute paternelle de son inventeur. Mais en réalité, pour moi, l'un ne vaut pas mieux que l'autre, et c'est ce que j'espère vous démontrer. Quand on est jeune comme vous, on accepte avec enthousiasme tout procédé, tout instrument nouveau, et ce n'est

qu'à mesure que la pratique et l'expérience viennent vous mûrir le jugement, que cet enthousiasme juvénile tombe peu à peu et que l'on s'aperçoit que beaucoup de cas qui semblaient nécessiter une intervention, se terminent seuls et heureusement. Il en est de l'obstétrique comme de la chirurgie. Les accoucheurs expérimentés, sont, permettez-moi l'expression, plus conservateurs que les accoucheurs plus jeunes, et tel qui dans ses premières années faisait un usage fréquent des instruments de toute sorte, arrive par la pratique à se convaincre que l'intervention doit être toujours et partout la grande exception.

Voyons donc brièvement quels sont les avantages que les inventeurs du léniceps et du rétroceps donnent à leurs instruments sur le forceps. Voyons si ces avantages sont bien réels, ou si au contraire, comme je le crois, ces avantages ne sont pas simplement l'effet de l'imagination de leurs auteurs.

Commençons par le premier en date, le *léniceps*.

C'est un instrument destiné surtout à éviter la compression exagérée de la tête fœtale. On y retrouve, dit Tarnier, dans l'article Forceps du Dictionnaire de médecine et de chirurgie, les deux cuillers du forceps de Levret, mais les branches sont coupées au niveau de l'articulation ordinaire, et les cuillers fixées dans un manche transversal. Des échancrures échelonnées sur ce manche de distance en distance, permettent d'écarter et de rapprocher les deux cuillers l'une de l'autre. Le principal avantage de cet instrument serait d'avoir un manche transversal, qui s'adapte bien à la main de l'opérateur, et de prévenir une compression trop forte sur la tête de l'enfant.

Mais il a le grave inconvénient de donner une prise un peu moins solide que le forceps de Levret ; de plus, l'écartement des cuillers y est déterminé à l'avance par les échancrures du manche, et il est impossible de proportionner exactement le rapprochement des cuillers au volume de la tête. C'est donc avec raison que le léniceps est aujourd'hui à peu près abandonné.

Telles sont les objections qu'un maître aussi expérimenté que M. Tarnier fait à ces instruments. J'en ajouterai une autre, c'est la difficulté pour ne pas dire l'impossibilité de se servir de cet instrument au-dessus du détroit supérieur. La brièveté des

cuillers en est la cause, et c'est dans les parties génitales elles-mêmes que devrait dans ces cas se faire l'articulation de cet instrument, qui encore une fois est aujourd'hui à peu près abandonné de tous, sauf de son inventeur.

Le second instrument, celui qui résiste encore, c'est le *rétroceps* de M. Hamon (voir *Bulletin de thérapeutique*, 1866, p. 503-518.; 1867, p. 235).

C'est, dit l'auteur, un levier de troisième genre ou interpuissant. Il se compose de deux branches rigides s'articulant sur un ressort commun. Les cuillers de cet instrument se posent dans l'aire postérieure du bassin en arrière de la tête de l'enfant. C'est le lieu d'élection où elles vont du reste se placer spontanément. Pour remplir une telle vue, deux conditions sont indispensables. 1° Les deux cuillers, au lieu d'affecter une disposition symétrique, doivent nécessairement se rapprocher plus ou moins l'une de l'autre. 2° Les deux leviers au lieu d'offrir une direction parallèle, condition obligée des instruments de la même classe, à leviers rigides, ont celle de s'implanter plus ou moins obliquement l'un par rapport à l'autre sur leur support commun.

Suivons donc, Messieurs, l'auteur dans ses explications et voyons à mesure les objections que l'on peut lui opposer.

Les unes se rapportent à la construction même de l'instrument, les autres à son emploi, au mode opératoire. Nous allons les passer successivement en revue.

En 1868, j'avais l'honner de suppléer M. le Dr Bailly comme chef de clinique, et M. Tarnier remplaçait M. le professeur Depaul à la clinique. M. Tarnier voulut bien faire aux élèves quelques leçons sur les opérations. Un matin nous vîmes arriver à la clinique un médecin de province, M. Hamon, qui nous présenta un instrument destiné à remplacer le forceps. Cet instrument c'était le rétroceps, et comme M. Tarnier demandait à M. Hamon de vouloir bien nous donner quelques détails sur cet instrument. « Voici, dit-il, pourquoi je l'ai inventé. A la campagne, nous avons souvent plusieurs accouchements éloignés l'un de l'autre. Avec cet instrument je termine tout accouchement qui me paraît devoir me prendre trop de temps; *je suis ainsi maître*

d'en finir quand je veux. Tel était le but primitif du rétroceps dans la pensée de son auteur, mais lui-même a tellement senti la gravité des objections qu'on pouvait lui opposer qu'il s'est bien gardé d'écrire ces paroles qu'il regrette probablement aujourd'hui, mais que j'ai d'autant mieux retenues, qu'elles étaient en opposition avec l'enseignement que je recevais tous les jours. Ce n'est donc pas dans l'intérêt de la femme que cet instrument a été inventé, c'est dans l'intérêt du médecin, et la preuve c'est qu'il suffirait d'un peu de temps et de patience pour que l'accouchement se terminât seul.

Rien que cela, Messieurs, suffirait presque à faire rejeter cet instrument, car dans bon nombre de cas il est inutile, puisque, de l'aveu même de son auteur, c'est pour hâter la terminaison normale et régulière de l'accouchement qu'il a été inventé. Or, le premier devoir du médecin, c'est dans notre profession surtout la patience et la douceur, et l'accouchement étant un phénomène physiologique, l'intervention doit être l'exception.

Cette première objection, qui appartient pour ainsi dire à l'ordre des considérations morales, n'est pas la seule, et vous allez voir que nous n'en manquerons pas.

Voyons d'abord celles qui se rapportent à l'instrument lui-même.

Les branches n'ont que 15 centimètres de long. C'est là, dit l'auteur, un grand avantage. J'y vois au contraire un grand inconvénient, car l'instrument n'est en réalité applicable que dans l'excavation ; et là il est toujours facile d'appliquer le forceps. C'est au-dessus ou au niveau du détroit supérieur que l'application du forceps devient difficile, et là je défie le rétroceps de remplacer le forceps.

Les observations qui ont été publiées d'application du rétroceps au détroit supérieur peuvent toutes être discutées.

De plus, les branches ont un écartement de 7 centimètres. L'instrument donc, dans les bassins au-dessous de ce chiffre, est inapplicable. Une seule chose serait peut-être avantageuse c'es l'excès de courbure de l'instrument, s'il devait agir comme le forceps, mais c'est un levier, et levier qui n'est applicable qute

dans l'excavation et non au détroit supérieur, c'est un levier qùi agit d'arrière en avant. Ce n'est pas par traction qu'il agit puisque un seul doigt suffit, dit-on, dans bon nombre de cas. Donc la résistance est bien faible. La comparaison n'est donc pas possible entre le forceps et le rétroceps dans ce cas.

Passons à la manœuvre, cela va être bien autre.

L'auteur a osé écrire cette phrase. Il n'est *aucunement indispensable* de se préoccuper de la position précise de la tête et de la place affectée par les deux cuillers. La plupart de mes accouchements antérieurs ont été par moi effectués, tranchons le mot, en *veritable aveugle*. Quel aveu, Messieurs, et comment ose-t-on le faire? Quelles seront donc alors les raisons qui autoriseront l'intervention? Sur quoi se guidera-t on ? *Par accouchements antérieurs*, qu'est-ce que l'auteur entend? Sont-ce ceux qu'il a faits antérieurement? Sont-ce des positions antérieures? Il n'en sait rien, il ne s'en occupe pas. On applique l'instrument à tort et à travers, sans rime ni raison, en aveugle, et l'on tire. Ce n'est plus de l'obstétrique cela, ce n'est même plus de la médecine vétérinaire. Et le principe d'appliquer les cuillers de l'instrument dans l'aire postérieure du bassin, et en arrière de la tête, qu'en fait-on, peu importe : neuf fois sur dix, dit l'auteur, si on ne contrarie pas la direction qu'elles ont une tendance naturelle à affecter, les cuillers vont se placer en arrière de la tête dans l'aire postérieure du bassin, vers l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque. Neuf fois sur dix peut-être, dit-on ; eh bien, et la dixième fois où vont-elles, peu importe : cela n'est pas sérieux. Quand on applique un instrument, il faut savoir ce que l'on fait, mais non, celui-là va où il veut, où il peut. On agit en aveugle.

Si maintenant nous entrons dans l'examen des cas particuliers d'application du rétroceps, c'est encore pis.

Lorsque, dit l'auteur, la tête est antéro-postérieure, etc., les deux cuillers affectent généralement la position symétrique. Comment les deux cuillers peuvent-elles être symétriques, si, comme le veut l'auteur, les cuillers sont appliquées en arrière de la tête? Mais de plus, dans les positions antéro-postérieures, est-ce que l'accouchement, dans l'immense majorité des cas, ne se

termine pas seul? Est-ce qu'il est nécessaire d'intervenir? Est-ce que le forceps alors ne suffit pas? L'application en est si facile que le petit forceps suffit souvent, et le rétroceps présente-t-il une supériorité telle que l'on doive y recourir?

Et cette autre chose: « Vous placez indifféremment la droite ou la gauche. » Qu'importe en effet, puisqu'on agit en aveugle. Et l'auteur ajoute: «Je n'ai encore trouvé que de rares exemples qui m'aient contraint de placer la première la branche droite qu'on est d'instinct porté à poser la dernière. » Voici maintenant l'instinct après la cécité. « C'est dans les cas où le col insuffisamment dilaté est ramené sur la tête, entrainé par la tige de la première cuiller placée. »

En vérité, Messieurs, cela dépasse toute espèce d'imagination, et nous entrons dans le domaine du merveilleux. Voilà un instrument qui est appliqué contre toutes les règles, car vous le savez tous, la première règle de l'application du forceps, c'est que le col soit dilaté ou dilatable, et cet instrument qui *ramène sur la tête le col entraîné par la tige de la première cuiller* ne produira pas de désordres, de lésions! A-t-on le droit d'intervenir dans ces cas et surtout d'intervenir en aveugle? Oui il est des cas dans lesquels nous intervenons avec le forceps avant que le col soit dilaté ou dilatable, mais ces cas sont exceptionnels et dans ces cas rares, et dans lesquels l'urgence de l'intervention est déterminée par l'état de la mère ou du fœtus, nous avons toujours le soin de pratiquer le débridement du col pour faire place à l'instrument. Agir sur un col non dilaté ni dilatable, ce n'est plus de l'accouchement, même difficile, c'est de l'accouchement forcé, et nous savons tous quels résultats on obtient par ce procédé. Oui, nous intervenons quelquefois dans ces cas, mais nous nous entourons de toutes les précautions. L'inventeur du rétroceps est au-dessus des ces mesquineries, il agit en aveugle.

Enfin, Messieurs, on vous recommande toujours de ne pas serrer le forceps d'une façon exagérée, de sorte que la tête du fœtus ne doit pas présenter de traces de l'instrument, ou elles doivent être si légères qu'elles disparaissent en peu d'heures. Eh bien, avec le rétroceps c'est le contraire. Si l'instrument est bien appliqué, la tête doit présenter sur le front les traces de la com-

pression qu'elle subit dans son dégagement, et l'auteur lui a donné un nom: c'est ce qu'il appelle le *stigmate frontal*.

M. Chassagny, qui est pourtant un ennemi convaincu du forceps classique, fait de son côté au rétroceps l'objection suivante :

C'est un instrument destiné à faire exécuter à la tête un mouvement général de rotation autour du pubis, or, le rétroceps ne produit pas cet effet ; il tire la tête tout d'une pièce en tassant, en entraînant avec elle tous les replis membraneux qu'elle ramasse pour ainsi dire sur son passage.

Le rétroceps dans les positions O. S. n'agit que sur l'extrémité du levier représenté par la tête, et il ne peut faire autre chose que d'entraîner cette extrémité. Le rétroceps entraînera à la fois la nuque et les épaules, et comme l'occiput disparaît comme saillie à mesure que s'exagère la flexion de la tête, il glisse facilement.

Examinant ensuite l'application du rétroceps dans les cas particuliers, il en signale trois :

1° Les positions O. P. et O. S.

Le rétroceps peut être appliqué sans inconvénient, mais il ne présente aucun avantage sur le forceps.

2° Dans les positions O. P., le rétroceps serait préférable à la traction manuelle avec le forceps, en ce qu'il produirait la rotation en O. A. Mais, sans parler du procédé de M. Tarnier qui détermine cette rotation avec le doigt, ne savons-nous pas avec quelle facilité cette rotation se produit souvent avec le forceps ordinaire, et cela est tellement vrai qu'il suffit quelquefois d'introduire une seule des branches du forceps pour que cette rotation se produise avant l'introduction de la deuxième branche et l'articulation de l'instrument, et tous nous avons pu constater que, dans bon nombre de cas, l'instrument une fois articulé tournait de lui-même entre nos mains, nous indiquant la voie qu'il fallait suivre. Or, ne l'oublions pas, M. Chassagny vient de le dire, le rétroceps agit en entraînant la tête d'arrière en avant et de haut en bas ; non-seulement donc il ne favorisera pas le mouvement de rotation, mais il s'y opposera en appliquant la tête sur et derrière la symphyse du pubis.

3° Enfin, Messieurs, la troisième hypothèse, c'est celle où il s'agirait d'accouchements dans lesquels le rétroceps peut rendre à l'accoucheur des services qu'il réclamerait vainement du forceps.

Obliquité extrême du bassin et de l'utérus, positions inclinées du sommet et de la face, toutes les fois que la région postérieure doit regagner l'avance prise par la région antérieure.

L'obliquité extrême du bassin et de l'utérus : Mais, Messieurs, il suffit dans ces cas de modifier un peu la position de la femme pour le premier cas, et de ramener l'utérus à sa direction normale, soit avec les mains, soit avec une serviette. Qui de nous n'a vu des femmes à ventre en besace, accoucher seules une fois que l'utérus était relevé et maintenu dans sa direction normale. Nous n'en sommes plus à Deventer et aux obliquités utérines.

Les positions inclinées du sommet et de la face : Mais nous savons tous que si on ne fait rien dans l'immense majorité des cas, elles se corrigent seules et que, dans les présentations de la face en particulier, l'intervention hâtive est mille fois plus dangereuse qu'utile.

Enfin, toute les fois que la région postérieure doit regagner l'avance prise par la région antérieure. Ici nous avouons ne pas avoir compris ce que veut dire M. Chassagny. Veut-il parler de ce que l'on a appelé les présentations occipitales ? Mais ici encore tout se corrige au bout d'un certain temps, si le bassin est normal. Veut-il parler des cas où il y a rétrécissement du bassin, oh alors, c'est encore mieux, et nous défions le rétroceps d'agir plus utilement que le forceps.

Si de plus on se reporte aux observations, on voit que, dans la plupart des cas, l'application du rétroceps était inutile, ou bien que le forceps a été employé par des praticiens inexpérimentés. La première condition pour juger un instrument, c'est de savoir s'en servir. Or, dans bon nombre d'observations, le rétroceps n'a été employé que parce que l'on n'avait pas pu articuler le forceps. Ce n'est donc pas le forceps qu'il faut accuser dans ce cas, c'est l'opérateur.

Messieurs, l'auteur lui-même recule quelquefois devant l'em-

ploi de son instrument, et pourtant... quelle occasion! L'observation est trop curieuse pour que je ne la cite pas intégralement. « Le 1er août 1875, je fus requis en toute hâte à cinq heures du soir, pour aller accoucher une jeune femme morte subitement à deux heures en pleine convalescence d'une fluxion de poitrine. L'enfant, me disait-on, venait de donner des signes de vie. *Je pratiquai l'auscultation et constatai distinctement* les bruits du cœur fœtaux devenus faibles et intermittents.

« Je proposai à la famille de tenter d'opérer aussitôt la délivrance, et je donnai l'espoir qu'il me serait possible de l'effectuer sans mutilation du cadavre. *On m'avait fait appeler dans une telle intention*, mais *pour des raisons que point n'est besoin d'énumérer ici*, les parties intéressées avaient changé d'avis. On se borna à me prier d'administrer le baptême *in utero.*

« Je fis placer la pauvre morte en diagonale sur son lit, je huilai fortement la partie externe de la main droite que je m'efforçai de faire pénétrer dans les organes générateurs. Je franchis l'anneau vulvaire avec une facilité à laquelle, je l'avoue, j'étais loin de m'attendre. Je parvins sans coup férir jusqu'au col de l'utérus, dans lequel j'insinuai mes doigts réunis en cône par un mouvement de vrille. Quelques instants me suffirent pour arriver à la tête. *Rien ne m'était plus facile que de pénétrer à pleine main au sein de l'utérus et de pratiquer la version.* »

L'auteur n'avait donc que le choix pour avoir *un enfant vivant*, forceps, version, rétroceps. Mais non, la famille s'y opposa, alors il remplace le tout par un *irrigateur Eguisier*, et administre le baptême.

L'enfant succombe il est vrai, mais la famille est satisfaite. Quant à l'accoucheur il ne l'était pas !! Voyez *Revue de thérap. médico-chir.*, année 1875, août, page 432..

Que dire, Messieurs, après cette observation. L'auteur s'est excusé plus haut, nous l'avons vu, d'agir en aveugle, d'instinct; ici c'est plus que cela, c'est... *de l'inconscience.* N'insistons donc plus, et arrivons à la deuxième partie de notre travail, c'est-à-dire à la méthode des tractions mécaniques.

Ici, Messieurs, la tâche est plus difficile, car cette méthode est défendue par des hommes très-honorables, et si l'on ne par-

tage pas leurs idées, on ne peut se dispenser de reconnaître que ces hommes-là n'agissent plus comme tout à l'heure, en aveugles, mais qu'ils ont émis un certain nombre de travaux que l'on peut combattre, mais qui sont basés sur des tentatives raisonnées.

MM. Delore, Chassagny, Joulin, Pétrequin, Pros, sont les représentants actuels de cette école, et si MM. Depaul, Pajot, Blot et Bailly sont les ennemis déclarés de cette méthode, MM. Tarnier et Guéniot, sans adopter tout à fait ces idées, ne les rejettent pas d'une façon absolue, et sont disposés à voir, dans la méthode mécanique, un procédé que l'on ne doit pas encore juger, et qui, défectueux aujourd'hui, pourra peut-être dans l'avenir donner des résultats plus avantageux.

Considéré avec raison comme un instrument de traction, le forceps doit dans certains cas être utilisé aussi comme un instrument de compression. Or, nous savons tous, et Baudelocque l'a constaté le premier, que si la tête se réduit sous les efforts expulsifs de l'utérus, cette réduction n'est inofensive qu'à la condition de coïncider avec un allongement disproportionné de cet organe, et que le même résultat ne saurait être obtenu par la compression du forceps qui s'oppose à cet allongement.

La première idée de ces Messieurs a donc été de créer des forceps particuliers qui permissent cette réduction de la tête impossible a obtenir avec le forceps de Levret ou de Smellie.

Vous trouverez dans l'ouvrage de M. Chassagny la description du forceps de l'auteur et des principes qui, suivant lui, doivent présider à la construction d'un bon forceps. — Voici les principaux :

1° La courbure sur le plat n'est pas facultative; mais elle est imposée par la longueur des branches;

2° Plus les branches serent longues, mieux elles s'adapteront à des têtes de forme et de dimensions variées. (Nous voilà loin, vous le voyez, du rétroceps);

3° Plus les branches seront longues, moins le forceps aura besoin d'être serré pour ne pas glisser ;

4° Plus les branches seront longues, plus la pression tendra à s'exercer perpendiculairement à la tête. — Plus elles seront

courtes, plus cette pression sera oblique, et plus grande sera la tendance à la chasser en avant.

5° Il est absolument impossible de faire du forceps un organe exclusif de traction.

Dans sa remarquable thèse de concours sur l'*emploi de la force dans les accouchements*, M. le Dr Bailly a, sous forme de propositions, fait les objections suivantes à l'emploi des mécaniques dans les accouchements.

1° Les machines enlèvent à l'accoucheur le sentiment des résistances qu'il y avantage à conserver. — Elles substituent une force inconsciente à la force intelligente et sensible de la main.

2° Les machines ne tirent que dans une seule direction ; leur point d'appui étant invariable, elles ne permettent pas de changer la direction de la force et d'agir suivant l'axe du bassin, — Par conséquent, elles déterminent sur les parois du bassin des pressions obliques qui, d'après un principe de mécanique, donnent lieu à des décompositions et à une déperdition de la force employée.

3° Les expériences de M. Delore sont en opposition avec les principes admis par Chassagny.

4° Les appareils mécaniques empêchent ou gênent l'exécution des mouvements de latéralité du forceps dont la pratique a reconnu depuis longtemps l'efficacité, et dont les expériences dynamométriques démontrent les avantages. (Exp. de Delore, Berne.)

5° Les inventeurs des moteurs mécaniques savent que le glissement des cuillers peut s'effectuer à l'insu de l'accoucheur, et si cet accident se produit lorsque la force de traction est portée à 60 ou 80 kil., qu'en résultera-t-il pour les parties maternelles ?

6° Lorsque la partie étroite d'un bassin vicié a été franchie par la tête, on en est souvent averti par une secousse que le forceps transmet à la main ; il est à ce moment indiqué de modérer la traction et d'en changer la direction, ce qui me paraît difficile avec les machines.

7° Si les tractions manuelles suffisent pour entraîner la tête,

dans tous les cas où il est physiquement possible qu'elle franchisse le rétrécissement, quelle nécessité de recourir à des machines nouvelles?

8° La longue durée de l'application des instruments ne vient-elle pas prolonger les souffrances de la mère?

9° Il est prouvé par les faits que non-seulement les tractions mécaniques sont dangereuses pour la mère, mais qu'avec elles les lésions mortelles du fœtus qu'elles ont pour but de soustraire à la céphalotripsie, sont plus fréquentes qu'à la suite des applications ordinaires du forceps.

(Voir les observations, thèse de Bailly.)

Ces objections sont parfaitement fondées; elles ont l'approbation de nos deux maîtres de l'école, et nous sommes heureux de nous trouver ici en communauté absolue de sentiment avec eux; M. Tarnier ne condamne pourtant pas aussi résolûment les appareils à traction mécanique, et pense que si pour le présent ils sont tous plus ou moins défectueux, il pourrait bien se faire qu'il n'en fût pas toujours ainsi. — Voici du reste une analyse de ce qu'il en dit dans son article *Forceps* du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.

Constatant que les tractions manuelles diffèrent non-seulement avec la force musculaire de chaque individu, mais varient d'un instant à l'autre, il admet que les tractions mécaniques sont au contraire toutes progressives et peuvent être réglées à volonté avec le dynamomètre. Mais ce dernier est indispensable, car si les tractions manuelles sont fatalement limitées, il n'en est pas de même des tractions mécaniques qui sont illimitées.

La principale objection, suivant lui, est celle qui consiste en ce que les tractions sont toujours invariables.

Il a donc essayé de remédier à cet *inconvénient* en employant la simple moufle. — Il se sert d'un forceps ordinaire dans les fenêtres duquel il passe un double lacs, dont les chefs sont réunis à leur sortie des parties génitales et noués en anse sur un dynamomètre. — De petites moufles de 2 mètres de long s'accrochent par une de leurs extrémités à ce dynamomètre et par l'autre prennent un point d'appui sur un crochet ou un clou

fixé sur le plancher. — Le lacs qui traverse les cuillers les rapproche avec une force proportionnelle à l'énergie des tractions, et la prise du forceps sur la tête de l'enfant est très solide.

Il y a là déjà assurément une amélioration, mais les moufles ont l'inconvénient de ne pas donner un point d'appui aussi favorable que les appareils de Chassagny et Joulin et d'entraîner la malade.

Mais cela n'obvie pas à l'objection du glissement du forceps, et les résultats obtenus par M. Tarnier ne sont pas des plus satisfaisants. Sur sept observations, il y a quatre enfants morts et deux femmes mortes, cela certes n'est guère encourageant.

L'appareil le plus récent est celui de M. le Dr Pros. — Le point important de cet appareil est la tige mobile qu'il y a ajoutée et le point d'appui qu'elle prend sur le coussin, ce qui lui permet de faire varier la direction des tractions. C'est là certes aux appareils mécaniques une grande et sérieuse amélioration. — Mais, suffit-elle à justifier les tractions mécaniques? Je ne le crois pas, d'autant qu'il y a dans le mode d'application de l'appareil de véritables difficultés.

Ainsi il faut que la tête soit toujours saisie par les diamètres B. T. ou B. P. Or, si cela est possible dans l'excavation, cela n'est pas toujours réalisable au détroit supérieur, surtout lorsqu'il y a un rétrécissement sérieux du bassin, et c'est précisément dans ce cas que les adeptes des machines mécaniques préconisent leur emploi.

Puis dans l'appareil de M. le Dr Pros, « le porte-mousqueton à rotation et à base supplémentaire, destiné à substituer aux mouvements de latéralité que l'on exerce avec le forceps un mouvement de rotation sur son axe, rotation qui, lorsqu'elle ne s'opérera pas d'elle-même pendant les tractions faites sur l'instrument, pourra être aidée de la main au gré de l'accoucheur. »

Il s'agit ici, si j'ai bien compris, de ce mouvement de rotation que la tête doit exécuter dans le troisième temps du mécanisme de l'accouchement, et qui ramène l'occiput ou le menton sous la symphyse du pubis, quelle que soit la place qu'ils occupaient

primitivement. C'est surtout dans les positions postérieures que ce mouvement a de l'importance. Or elle est si grande que MM. Depaul, Blot, Bailly, Tarnier, etc., veulent que l'on produise artificiellement ce mouvement avec le forceps lorsqu'il ne se fait pas spontanément. Dans un mémoire publié il y a quelques années, M. Bailly a fixé les règles de cette petite manœuvre. — M. le Dr Pros a écrit ceci : « Porte-mousqueton destiné à substituer aux mouvements de latéralité que l'on exerce avec le forceps un mouvement de rotation du forceps sur son axe, rotation qui, lorsqu'elle ne s'opérera pas d'elle-même pendant les tractions faites par l'instrument pourra être aidée de la main au gré de l'accoucheur. »

Or, Messieurs, je vous l'ai déjà dit, ce mouvement de rotation, nous l'avons tous éprouvé, se présente dans des conditions différentes. Tantôt en effet il est si facile qu'il se produit pour ainsi dire malgré l'accoucheur, quelquefois l'introduction d'une seule branche suffit (M. Tarnier a même pu le produire avec un seul doigt imprimant son impulsion à la tête pendant la contraction). On voit alors, à mesure que l'on fait des tractions, l'instrument, s'il n'est pas tenu trop brutalement, tourner de lui-même entre les mains de l'opérateur, quelquefois même, lorsque le diagnostic n'a pas été établi d'une façon positive, en sens inverse de la direction qu'on lui imprimait. et la nature redresse ainsi l'erreur de diagnostic.

Mais d'autres fois au contraire ce mouvement présente des difficultés insurmontables et telles qu'il est préférable de dégager en arrière, comme le veut M. Pajot. Eh bien ! c'est dans ce cas surtout qu'il est indispensable que la main de l'accoucheur se rende compte des résistances, et en employant les mécaniques on s'exposera à se priver de cet élément ; la tête tournera, mais ce sera au détriment de la mère et de l'enfant. car il ne s'agit pas seulement de faire tourner la tête, il s'agit de savoir distinguer les cas dans lesquels cette rotation peut et doit se faire. Or pour cela il faut que la main se rende compte de ce qui se passe dans le bassin, et la main seule peut le faire. Le dynamomètre donnera bien la mesure de l'effort, mais cela ne suffit pas, il faut plus que cela, et la main seule peut le donner.

M. Polaillon, qui a expérimenté l'appareil de M. le Dr Pros et qui dans le rapport qu'il a présenté à la Société de Chirurgie, séance du 16 janvier 1875, lui reconnaît quelques avantages sur les autres appareils à tractions mécaniques, a été comme nous, frappé des objections que nous venons d'exposer, et comme nous il insiste particulièrement sur la saisie de la tête par le diamètre B. P. ou B. T. et sur le mouvement de rotation.

Enfin, Messieurs, il est certaines objections qui me sont personnelles, et que j'ai déjà exposées dans un autre mémoire, mais qui trouvent leur place ici, et que je vous demande la permission de rappeler.

Outre les objections basées sur la direction des tractions et sur l'impossibilité où l'on est de les diriger avec la main, il en est une sur laquelle nous ne voyons pas que l'on ait appelé l'attention, et qni nous semble pourtant avoir une importance sérieuse. C'est la différence des causes de dystocie chez la femme et chez les grandes femelles. Chez ces dernières, la dystocie tient le plus habituellement aux présentations vicieuses du fœtus, et comme ce n'est pas la tête qui oppose ordinairement la résistance, mais le tronc du fœtus, la compression que le bassin de l'animal aura à subir, dans les tractions mécaniques, sera déterminée par un corps relativement compressible et revêtu de parties molles, épaisses et abondantes, de là l'innocuité relative. En est-il de même chez la femme ? Loin de là. Les cas dans lesquels les partisans de la force mécanique recommandent l'emploi de leurs appareils sont surtout les rétrécissements du bassin. Or, ces rétrécissements du bassin sont constitués par des os solides résistants, reliés entre eux d'une façon qui ne permet pas leur écartement sans rupture des ligaments et des articulations qui les relient entre eux ; de plus les parties molles qui les tapissent sont peu épaisses, et sont revêtues d'une séreuse, qui parmi les séreuses est peut-être celle qui est la plus apte à s'enflammer. Il y a donc là une première différence, dont il nous semble qu'il faut tenir grand compte. Mais en outre quelle est la partie du corps fœtal qui, chez la femme, doit franchir cette partie rétrécie du bassin et offre la résistance? Est-ce une partie molle, facilement compres-

sible? Non, c'est au contraire la tête, c'est à-dire la partie la plus dure, la plus résistante, la moins compressible de l'enfant, celle enfin où les parties molles sont les moins épaisses. Peut-on donc comparer les conditions? Dans un cas, il s'agit de faire franchir un bassin normal à une partie éminemment compressible, le tronc du fœtus. Dans l'autre, c'est une partie presque incompressible (1 cent. 1/2 à 2 cent. au plus dans les cas les plus favorables de réduction), la tête, qui doit franchir le bassin, c'est-à-dire un canal absolument résistant et absolument inextensible, qui de plus, comme dans certains cas de rachitisme, présente des crêtes, des arêtes saillantes, qui, comme le prouvent quelques faits, peuvent déjà devenir dangereuses dans les accouchements spontanés. Peut-on donc s'étonner des résultats funestes auxquels on arrive par les tractions mécaniques, comme le prouvent la majorité des faits recueillis actuellement? Évidemment, les tractions mécaniques pourront parvenir à faire franchir les rétrécissements à la tête fœtale, personne n'en a jamais douté; il y a là une sorte d'effet de laminoir que l'on ne peut contester; mais, dans les cas difficiles, ce ne sera jamais qu'au détriment du bassin ou de la tête fœtale, c'est-à-dire de la mère ou de l'enfant; et dans les cas faciles, on pourra presque toujours y parvenir avec la force manuelle seule, surtout lorsqu'elle sera exercée par un homme instruit, et qui saura varier la direction des tractions suivant les axes du bassin, et suivant les conditions dans lesquelles se présentera ce bassin.

Laissons donc les tractions mécaniques aux vétérinaires, et si nous voulons faire des tentatives dans ce sens, n'oublions jamais que les conditions sont absolument différentes, et que les deux existences dont nous avons la responsabilité sont autrement intéressantes que celles d'une vache ou d'une jument sur lesquelles nous pouvons, avec toute liberté de conscience, nous livrer à toutes les expériences voulues, fussent-elles aussi baroques que possible.

Ce n'est pas le tout, en effet, que de déployer de la force dans un accouchement, il faut que cette force soit intelligente, soit raisonnée, et les accoucheurs à mécaniques ont beau vous mon-

trer, avec le dynamomètre, qu'ils ne déploient que 40 kil. de force, là où j'en aurai besoin de 60. Si mes 60 kil. sont bien dirigés et bien conduits, ils détermineront toujours, j'en suis convaincu, moins de désordres que les 40 kilogr. appliqués d'une façon inconsciente. C'est du moins ce que l'on est autorisé à admettre jusqu'à nouvel ordre, et cela d'après les propres observations de ces auteurs, et nous ne pouvons qu'adopter complètement l'opinion que M. Pajot a de nouveau émise dans l'article des *Annales de Gynécologie*, en mars 1875, où il rend précisément compte du livre de M. Saint-Cyr : « L'auteur, dit M. Pajot, croit que l'avenir est à la mécanique en accouchement, je le crois comme lui : l'avenir toujours, entre les mains des hommes les plus instruits; le présent, c'est autre chose. Si nous, accoucheurs, nous voulons juger des faits et des doctrines vétérinaires, si nous voulons nous prononcer entre deux opinions contraires, soutenues par deux praticiens éminents, nous risquons fort de tomber à côté du juste. *Chacun son métier. ... les vaches seront bien accouchées.* »

Telles sont, Messieurs, les réflexions que je voulais vous soumettre. — Assurément le forceps n'est pas parfait, mais tel qu'il est, c'est encore un merveilleux instrument, et qui nous rend tous les jours des services énormes ; seulement il faut savoir s'en servir, et ce n'est que par une pratique assidue que l'on arrive à ce résultat. Jeune, on tâtonne, on hésite, on échoue, et l'on est tenté de se décourager ; à mesure au contraire que l'on devient plus familier avec l'instrument, on en comprend mieux tous les avantages. — Méfiez-vous donc de toutes ces inventions nouvelles, et avant de les préférer au forceps qui a fait ses preuves depuis longtemps, demandez des observations plus sérieuses que celles qui nous ont été présentées jusqu'à ce jour.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OVARITE

(OBSERVATION ET RÉFLEXIONS)

Par C. Darolles.
Interne des hôpitaux de Paris.

L'observation suivante, a trait à une jeune femme qui, trois jours après ses couches, fut prise de tous les symptômes d'une phlegmasie peri-utérine, et succomba deux mois plus tard à une péritonite suraiguë à forme algide, causée par la rupture dans le péritoine de deux points abcédés siégeant, l'un sur l'ovaire, l'autre sur la trompe.

A côté de l'intérêt anatomo-pathologique que nous présente cette observation, à côté de cette terminaison relativement rare des affections des annexes utérines, se trouve un enseignement clinique de très haute importance.

Le problème diagnostique ne reçut pendant la vie qu'un solution incomplète, et la lésion principale ne fut reconnue qu'à l'autopsie. C'est qu'en effet, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, l'effet masquait la cause, et si ovarite passa inaperçue, c'est que les produits phlegmasiques qu'elle avait engendrés cachaient par leur abondance l'organe primitivement malade, et que ce dernier arrêté par des adhérences dans son travail de descente défiait les moyens d'exploration ordinaires.

Ces cas ne doivent pas être rares, et bon nombre de faits regardés comme des phlegmasies périutérines primitives (pelvi-péritonite ou phlegmon) ne sont, croyons-nous, le plus souvent que des inflammations provoquées, par une lésion primordiale des annexes de l'utérus.

Observation. — L... (Augustine), âgée de 34 ans, est entrée, le 6 mars 1876, dans le service du Dr Gallard, salle du Rosaire, n° 14.

Les antécédents de la malade ne présentent rien de particulier à signaler. Depuis l'époque où les règles apparurent pour la première

fois, c'est-à-dire depuis l'âge de 17 ans, elle n'a ressenti, du côté des organes de la génération, aucun symptôme digne d'être mentionné.

Dans le courant de l'année 1875, elle devint enceinte. Elle arriva sans encombre jusqu'au terme de sa grossesse. L'accouchement fut assez laborieux, et ce n'est qu'après deux jours de douleurs que, dans le milieu de janvier dernier, elle accoucha naturellement d'un enfant mâle bien portant.

Trois jours après ses couches, elle ressentit, dans la région abdominale inférieure, des douleurs assez vives pour la condamner à un repos absolu pendant une vingtaine de jours. Ce repos prolongé, un séjour d'assez longue durée au Vésinet, l'abstention de tout travail pénible furent loin d'apaiser les douleurs, qui, bien au contraire, ne firent que gagner d'intensité et forcèrent notre malade à demander son admission à la Pitié.

Malgré les douleurs qu'elle accuse, la malade jouit encore d'une santé en apparence excellente : son embonpoint et ses forces sont conservés et, quoique l'appétit ait un peu diminué et qu'il existe un léger degré de constipation, les fonctions digestives se font encore assez normalement.

Les organes de la respiration sont sains, et le cœur, à l'exception d'un léger souffle anémique de la base, fonctionne régulièrement.

Etat complet d'apyrexie.

Le ventre est souple et ne présente ni ballonnement ni sensibilité trop vive à la pression. Ce n'est qu'en appuyant assez fortement dans la région iliaque droite, sur la partie moyenne de la ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure au pubis, qu'on finit par déterminer une douleur assez vive pour arracher un cri à la malade. Mais cette exploration ne révèle ni tumeur ni empâtement profonds.

Au toucher, on constate les signes suivants : La muqueuse vaginale est chaude et abondamment baignée par un mucus épais ; le col est gros, entr'ouvert, porté à gauche ; les lèvres qui limitent l'ouverture du col sont rugueuses et déchiquetées ; le cul-de-sac latéral droit abaissé est le siége d'un empâtement manifeste, au niveau duquel le doigt perçoit les battements artériels.

Les autres régions qui environnent le col utérin ont conservé leur souplesse normale.

En face de ces signes, on porta le diagnostic de *phlegmasie péri-utérine.*

Prescription : Repos au lit, 6 ventouses scarifiées sur la région iliaque droite, purgatif léger.

Le 11 mars, la malade est examinée au spéculum : on voit alors

sur la lèvre antérieure, profondément éraillée, une vaste ulcération pupillaire, qu'on cautérise au nitrate acide de mercure.

Du 11 au 18 mars n'apparaît aucun nouvel accident; bien mieux, la malade souffre beaucoup moins; elle a recouvré, en partie, sa gaîté et songe déjà à quitter l'hôpital.

Mais dans la nuit du 18 au 19 mars, la malade est subitement prise d'une douleur abdominale excessivement vive, qui fut accompagnée de deux vomissements verdâtres.

A la visite du matin, le 19 mars, nous la trouvons dans un état complet de prostration : la voix est éteinte, le facies est grippé, les yeux sont profondément creusés, et un hoquet presque continu a succédé aux vomissements.

La peau est froide; le pouls, presque imperceptible, bat 96 à la minute. Température axillaire, 35°.

Le ventre est légèrement ballonné et modérément douloureux à la pression; les urines sont supprimées.

Prescription : Thé au rhum, glace à l'intérieur, frictions alcoolisées, application d'une couche de collodion sur le ventre.

Loin de s'améliorer, l'état général va sans cesse en s'aggravant : les extrémités se cyanosent, l'algidité se prononce de plus en plus (34°), et la malade meurt dans la soirée, ayant conservé toute sa connaissance jusqu'au dernier instant.

Autopsie. — Cage thoracique. — Le poumon gauche renferme, disséminés çà et là dans les deux lobes, quelques tubercules ayant subi la transformation calcaire. Le poumon droit est intact.

Le cœur est absolument sain.

Cavité abdominale. — L'intestin, fortement distendu par les gaz, s'échappe brusquement par l'ouverture pratiquée dans la paroi abdominale. Des brides nombreuses, minces, transparentes et peu résistantes unissent les unes aux autres les anses intestinales.

Toute la surface péritonéale est rouge, tomenteuse et parcourue par de fines arborisations vasculaires.

Le cul-de-sac recto-utérin est comblé par une masse rougeâtre, gélatineuse constituée par de la fibrine coagulée.

L'examen attentif de l'intestin ne permet de constater sur cet organe aucune solution de continuité.

Organes génitaux. — Le corps de l'utérus est comme enchâssé au milieu de produits inflammatoires de date déjà ancienne, qui occupent de préférence le cul-de-sac postérieur et le ligament large droit. Il est relié, par des brides filamenteuses, en grand nombre, au rectum, et par deux tractus fibreux organisés et résistants à l'S iliaque.

Sa face antérieure est unie à la face postérieure de la vessie par quelques brides fibreuses, mais, dans le cul-de-sac utéro-vésical, les

néoformations inflammatoires sont loin d'être aussi compactes que dans le cul-de-sac recto-utérin.

Les annexes utérines perdues au milieu de ce tissu phlegmasique ne sont que difficilement reconnaissables à la simple inspection. Seules, les trompes, augmentées de volume, flexueuses, se reconnaissent à la conformation spéciale de leur pavillon.

La trompe du côté gauche, recouverte en partie par les fausses membranes, est reliée au rectum par une bride partant d'une des franges du pavillon. Tout à côté de son orifice péritonéal, on aperçoit une petite solution de continuité à bords déchiquetés qui fait communiquer l'intérieur du conduit avec la cavité du péritoine. De cette ouverture anormale, ainsi que du pavillon de la trompe, suinte un liquide purulent, lorsqu'on vient à exercer une légère pression sur cet organe.

La trompe du côté droit est, elle aussi, fixée à la partie inférieure du cul-de-sac, maintenue dans cette situation par des adhérences et gorgée de pus.

Quant aux ovaires, ce n'est qu'après dissection qu'on peut étudier les rapports nouveaux qu'ils affectent.

L'ovaire du côté gauche apparaît dans une situation relativement élevée. Il est fixé à l'union du col avec le corps. Il est petit, mou, aplati, et présente, au niveau de son bord supérieur, une petite tumeur kystique.

Quant à l'ovaire droit, il semble, au premier abord, occuper une situation plus inférieure; mais, en raison de l'obliquité de l'utérus à gauche, il se trouve, en réalité, situé sur un point assez éloigné du bas-fond du cul-de-sac postérieur.

Ces données nous expliquent les résultats du toucher vaginal.

Le volume de l'ovaire droit est bien supérieur au volume de l'ovaire du côté opposé. Nous parlerons, à propos de l'examen microscopique, des détails qu'il présente à la coupe.

Le tissu utérin est mollasse. La muqueuse utérine n'est ni congestionnée ni ulcérée. La cavité utérine renferme un mucus puriforme nalogue à celui des trompes. La muqueuse du corps n'est ni congestionnée ni exulcérée.

Examen microscopique de l'ovaire droit. — Le stroma ainsi que les follicules présentent des traces non équivoques d'un travail inflammatoire à divers degrés d'évolution, suivant les portions de l'organe examinées.

Sur la coupe de l'ovaire, faite suivant le grand axe, on aperçoit un semis cohérent de petits points abcédés. Ces collections purulentes miliaires sont séparées, les unes des autres, par du tissu interstitiel vivement congestionné. En certains points, et notamment au-dessous

de l'enveloppe ovarienne, on rencontre des abcès d'un volume plus considérable, résultant probablement de la fusion de deux ou plusieurs abcès miliaires.

A un faible grossissement, on n'aperçoit que quelques rares follicules, encore reconnaissables à leur paroi externe à double contour et à leur contenu granuleux. Mais le plus grand nombre a disparu et est représenté par les abcès miliaires dont nous avons parlé.

Ces collections purulentes d'inégales dimensions, suivant les points où on les examine, présentent, en certaines régions, et principalement dans la partie profonde de la substance corticale, les dimensions légèrement accrues des follicules sains. Cette donnée, rapprochée de cet autre fait, à savoir qu'ils sont séparés les uns des autres par un stroma fibrillaire, nous autorise à leur assigner les follicules pour siége.

Cette démonstration est rendue plus évidente lorsqu'on se sert d'un grossissement plus fort. Alors, en effet, on constate des signes d'inflammation commençante dans les follicules qui ne sont pas encore entièrement détruits. Ces derniers sont augmentés de volume et mesurent de 1 à 2^{mm} au lieu de $0^{mm},5$, qui est leur dimension normale. Augmentation du nombre des cellules, épanchement de sang, reconnaissable à la présence de quelques cristaux d'hématine, telles sont les causes probables de la distension des follicules. Aussi, est-il impossible, au milieu de cette prolifération cellulaire, de retrouver l'ovule, qui peut aussi avoir disparu sous l'influence de la compression exercée par les éléments de nouvelle formation.

Les cellules accumulées dans la cavité du follicule sont de formes variées et présentent, quelques-unes du moins, des altérations regressives. Les unes, ce sont les moins nombreuses, ne sont que les cellules normales profondément modifiées : elles sont turgides, très-distendues, fortement granuleuses, privées de noyaux et en voie de subir la transformation graisseuse. Celles, au contraire, qui constituent la majeure partie du contenu folliculaire sont des cellules sphériques de 6 à 8/1000 de millimètre de diamètre, granuleuses, renfermant un noyau ovoïde, que l'action de l'acide acétique rend plus apparent, et un nucléole très-avide de carmin.

La paroi propre du follicule n'est plus reconnaissable et se confond avec le tissu ambiant

Quant aux altérations du stroma, quoique moins profondes que celles des follicules, elles sont néanmoins des plus manifestes. Il est aisé de retrouver la construction normale de ce tissu (tissu conjoncti fibrillaire, nombreux corpuscules conjonctifs, disposés en lamelles). Mais, à côté de ces divers éléments normaux, on aperçoit, soit entre les lamelles, soit infiltrées entre les éléments propres, des cellules embryonnaires analogues à celles que nous avons décrites plus haut

et qui témoignent que ce tissu n'a pas échappé au processus inflammatoire.

Ainsi donc, ovarite et salpingite, telles ont été les lésions initiales qui à leur tour, ont provoqué une série d'accidents secondaires: pelvipéritonite, et peritonite suraiguë généralisée promptement mortelle.

L'examen histologique de la pièce nous permet de suivre pour ainsi dire pas à pas la marche de la phlegmasie de l'ovaire, d'en déterminer l'origine, et d'en indiquer les irradiations.

Que voyons-nous? 1° des follicules abcédés, et à côté, des follicules encore reconnaissables ne présentant que le premier stade de l'inflammation. 2° Un tissu interstitiel évidemment enflammé, mais à un bien moindre degré que la plupart des follicules.

D'où cette conclusion : l'inflammation a débuté par les follicules qu'elle a successivement frappés, et s'est ensuite propagée au stroma.

Mais que ce travail phlegmasique ait eu le temps de parcourir toutes ses périodes et alors le tissu interstitiel se serait à son tour abcédé, et nous aurions eu alors un de ces vastes abcès de l'ovaire tels que nous les trouvons décrits dans le plus grand nombre des observations.

Faut-il absolument conclure de ce fait que l'ovarite ne serait tout d'abord qu'une simple folliculite? nous ne le pensons pas, mais nous sommes porté à le croire, car le follicule étant l'élément vraiment actif de l'organe est par cela même plus exposé à s'enflammer que la gangue inerte qui l'environne (1).

---

(1) M. Bouveret a publié dans les *Annales de Gynécologie* (t. IV, p. 427) une observation qu'il convient de rapprocher de celle de M. Darolles. L'inflammation prédominait dans le stroma, où elle paraissait avoir débuté; ici, elle paraît avoir eu son point de départ dans les follicules; mais elle n'a pas épargné le stroma. Tout en se complétant, en quelque sorte, l'une par l'autre, ces deux observations ne peuvent pas, l'une plus que l'autre, servir à légitimer la division que l'on a voulu faire de l'ovarite en deux espèces distinctes, qui comprendraient l'une l'ovarite folliculeuse, l'autre l'ovarite parenchymateuse.

(*Note de la Rédaction*).

CORRESPONDANCE.

DE L'INSUFFLATION D'AIR CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ASPHYXIÉS.

A Monsieur le docteur LEBLOND,
Rédacteur en chef des *Annales de Gynécologie*.

Dans la séance de l'Académie de médecine de Paris du 20 juin 1876, dont j'ai trouvé la relation dans l'*Union médicale* du 22 juin 1876, M. Woillez a lu un travail ayant pour titre : *Du spirophore*. M. le professeur Depaul à propos de cette communication a dit qu'il avait fait de nombreuses expériences d'insufflation sur le cadavre, et que jamais il n'avait pu parvenir à produire la rupture des vésicules pulmonaires, quelque soin minutieux qu'il ait pris à en rechercher les traces.

En présence d'une affirmation aussi catégorique de M. Depaul, j'ai pensé que la relation d'nn cas, qui prouve le contraire, aurait peut être quelque intérêt.

Il y a quelques années, mon chef de clinique M. Ryorülf, a fait une insufflation à l'aide du tube du professeur P. Dubois, probablement trop énergique, car à l'autopsie les poumons d'une couleur fortement rouge et tuméfiés, étaient le siége d'un emphysème sous-pleural notable résultant de la rupture des vésicules pulmonaires. Les poumons ont été présentés à notre Société médicale, et les membres présents ont pu s'assurer du fait.

L'explication de la rupture nous paraît simple. L'éponge qui environne le tube à quelques centimètres de son extrémité, a dû obstruer la glotte pendant l'insufflation et déterminer une distension trop grande du poumon, l'air ne pouvant s'échapper au pourtour de l'instrument.

Pendant tout le temps que j'ai dirigé le service de la maternité de notre université, j'ai toujours donné le conseil de laisser le tube un peu libre dans l'orifice de la glotte et de ne pas insuf-

fler trop fortement. J'ai pu me convaincre que l'effet est néanmoins satisfaisant, car j'ai vu à l'autopsie les poumons très-bien insufflés de cette manière, et à tel point même qu'un médecin expert a pu croire que l'enfant avait vécu et respiré.

Quand M. Depaul a réussi après des tentatives qui avaient duré pendant deux heures à rappeler à la vie un enfant paraissant mort, cela est vraiment admirable, mais dans un tel cas, il est certain que les battements du cœur n'avaient pas cessé quand l'expérience a commencé. Quant à moi, j'ai adopté comme règle de cesser les tentatives quand le cœur ne bat plus depuis un quart d'heure.

Il est possible qu'on puisse réussir à rappeler à la vie un enfant, bien que les battements et les bruits du cœur ne soient pas perceptibles, mais je ne crois pas qu'on puisse réussir quand le cœur ne bat plus depuis 10 à 15 minutes. C'est une question encore à décider définitivement.

Veuillez agréez, etc.,

H. Faye.

Christiania, 2 novembre 1876.

REVUE DE LA PRESSE

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE EN 1875

Par Paul Mundé (1)

(*Résumé par le* Dr A. Cordes (*de Genève*).

(Suite.) (1)

L'ovariotomie normale de Battey fait le sujet d'un travail de Yandell et Mc Clellan (de Louisville), qui ont rapporté, dans le *American Practitioner*. septembre 1875, leur conférence avec Battey.

Voici, par Battey, l'indication de l'opération : « Toute maladie grave, « dangereuse pour la vie ou détruisant la santé ou le bonheur, incu- « rable par les moyens ordinaires, et dont on peut raisonnablement « espérer la cessation en produisant la ménopause. » Il ne la propose, pour aucun cas curable par d'autres moyens ; l'aménorrhée, la dys-

---

(1) Voir n° de Novembre, p. 368.

ménorrhée, la nymphomanie ne sont pas pour lui des indications. Il fait l'ovariotomie simplement pour arrêter une ovulation pathologique ou pernicieuse et pour amener l'âge critique. Battey ne fait plus l'opération par l'abdomen, mais par le vagin ; il ne se sert ni de ligatures ni de sutures. Il place la patiente dans la position de Sims, attire l'utérus en bas ; il ouvre, avec les ciseaux, le cul-de-sac vaginal postérieur et le péritoine sur une longueur de 38mm, introduit l'index et examine l'utérus, les ovaires, les ligaments larges et les trompes ; puis, il attire un ovaire jusqu'à l'ouverture, le saisit avec une pince, l'entoure d'un fil solide qui sert de guide à la chaîne de l'écraseur, il la serre lentement, de façon à séparer la glande de ses attaches en 10 ou 12 minutes. Il fait de même pour l'autre ovaire, éponge la plaie, nettoie le vagin et remet dans son lit la malade, qui n'a presque pas perdu de sang. Jusqu'en septembre 1875, Battey a fait dix fois cette opération ; il a eu huit guérisons et deux morts. Dans tous ces cas, sauf dans le premier, où, par suite d'un accident, il n'a pu les examiner, les ovaires avaient subi la dégénération kystique. Dans trois cas, il n'a enlevé qu'un ovaire ; dans deux cas, il a dû, plus tard, enlever le second ovaire ; dans le troisième, une seconde opération paraissait imminente. Il serait donc hasardeux de n'enlever qu'un ovaire. Battey, après cette opération, n'a jamais rien observé qui ressemblât à une vraie menstruation. Cependant, les désirs sexuels n'ont subi aucune diminution chez les femmes mariées une des opérées, demoiselle, ne s'est « aperçue d'aucun changement dans ses inclinations. » Dans aucun cas, les opérées n'ont paru privées des attributs de leur sexe ; le terme « castration » employé par Matthews Duncan (address to the *Brit. Med. Assoc.*, 1875) n'est donc point justifié. Battey est certain que ses opérées n'ont « *absolument rien perdu du fait de l'opération.* »

Quant au résultat curatif, le temps écoulé n'a pas encore permis de le juger. Malheureusement, les résultats obtenus après les quatre premières opérations, de même que ceux qui ont suivi les deux opérations analogues faites par Thomas et par Sabine, ne tendent pas à faire croire que l'opération de Battey ait causé l'amélioration qu'il en attendait. Si elle ne prive pas l'opérée de son sexe, s'il reste un certain degré de cet état nerveux, qui accompagne la menstruation, après l'ablation des deux ovaires au moyen de l'*ovariotomie normale* (nom mal choisi, dit Battey lui-même), Sims propose de l'appeler *batteyising battéisme* ; comment serons-nous certains que les désordres nerveux qui l'ont exigée disparaîtront après l'opération. Comme Thomas le dit, « elle est trop jeune pour qu'on puisse se prononcer ; « mais il est certain qu'on peut en abuser singulièrement. » Jusqu'ici, il n'y a pas eu d'abus, et, pour qu'il s'en produise, il faudrait, me semble-t-il, que l'opinion changeât du tout au tout.

Le drainage du cul-de-sac de Douglas dans l'ovariotomie n'a pas gagné de partisans durant l'année dernière. Il est presque abandonné dons notre pays, on lui préfère le drainage abdominal de Peaslee et de Thomas(1). En Allemagne, cette méthode a encore quelques adhérents. La seule fois, ou à peu près, que cette question ait été traitée dans ces derniers temps, c'est à la séance du 10 mai 1875, de la Société médico-physique d'Erlangen, où Carl Schröder a énoncé dés idées qu'il voulait émettre dans le chapitre sur l'ovariotomie de l'encyclopédie de Ziemssen (vol. X). Trop tard pour l'impression, il les fit paraître dans le *New-York med. Record*, du 15 septembre 1875. Elles sont si intéressantes, que je ne puis m'empêcher de les reproduire en entier; elles perdraient trop à être résumées. Schröder dit que, après que Peaslee, le premier, eut recommandé l'extraction de l'exsudation péritonéale, comme le meilleur traitement dans les cas de péritonite, Sims s'empara de cette idée, et en vint à conclure que la ponction du cul-de-sac de Douglas était le meilleur parti à prendre dans tous les cas d'ovariotomie. particulièrement dans ceux où une irritation péritonéale ou des adhérences étendues pouvaient faire penser que le péritoine donnerait du liquide. Voici, d'après lui, comment Sims aurait procédé. Une série de cas de mort, après les opérations de Spencer Wells lui a fait croire que le décès est dû le plus souvent à la septicémie, causée elle-même par l'accumulation dans la cavité abdominale, d'un liquide qui devient ichoreux. Le traitement rationnel serait donc d'enlever ce liquide, ce qui ne peut se faire aisément que si l'on a pris, pendant l'opération les précautions. Beaucoup d'allemands ont accepté ces déductions, que Sims appuyait de son autorité magistrale; Nussbaum, surtout, s'est pris d'enthousiasme pour cette idée, et y voit un nouveau moyen curatif dans l'ovariotomie; Spiegelberg est aussi très-chaud en sa faveur. Je vois, dit-il, dans ces idées un grand danger ajouté à l'ovariotomie, et je ne puis accepter l'exactitude des conclusions de Sims. Quoique reconnaissant, avec Sims, que la plupart des morts ont été causées par la septicémie, je ne puis attribuer à l'exsudation séreuse rougeâtre le rôle mortel que Sims lui impose, car l'expérience quotidienne nous apprend que les exsudations et les transsudations dans la cavité abdominale n'ont par elles-mêmes, pas de tendance à la décomposition et à la production d'un état septique. J'ai vu fréquemment que, même après l'ovariotomie, l'exsudation n'est pas aussi effrayante que Sims le croit; c'est son épouvantail. J'ai opéré trois fois dans des circon-

(1) Boeckel (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1876) le recommande après l'hystérotomie, ou plutôt il regrette de ne l'avoir pas pratiqué dans un cas, sur deux qu'il rapporte. Il le ferait, si le pédicule était court. A. C.

stances qui rendaient la production d'une exsudation péritonéale très-probable, et je n'ai pas aperçu la plus légère trace de septicémie. Dans le premier cas, au moment de l'opération, il y avait déjà exsudats péritonitiques. La malade eut des vomissements et du météorisme pendant quelques jours; bientôt les symptômes s'amendèrent et la guérison arriva sans encombre. Dans les deux autres cas, les opérées succombèrent, l'une au bout de douze jours, l'autre au bout de quinze, à une complication, le tétanos, qui n'est point sous la dépendance de matières septiques. Dans le premier de ces cas, toute la face antérieure de la tumeur avait contracté des adhérences à la paroi abdominale, de sorte qu'il était fort malaisé de reconnaître le péritoine, et de le séparer de la tumeur. L'étendue des surfaces adhérentes indiquait qu'une exsudation était inévitable ; malgré ces complications, la plaie abdominale guérit parfaitement; il n'y eut pas trace d'iritation péritonéale, et lorsque la mort, survenue le neuvième jour, permit de faire l'autopsie, nous trouvâmes la cavité abdominale parfaitement saine, et pas trace d'exsudation putride. Dans le dernier cas, les adhérences étaient plutôt fermes qu'étendues, et leur rupture fut difficile. Nous trouvâmes dans la cavité abdominale un liquide séreux, rougeâtre, qui transsudait sans cesse, même pendant l'opération, et dont il fallut laisser une partie dans l'abdomen. La malade souffrit à peine, eut peu de fièvre ; elle était parfaitement au bout de huit jours. La température resta normale, l'appétit bon, en un mot, l'opérée n'eut aucun signe de septicémie ; elle mourut du tétanos, comme la précédente, mais au quinzième jour. Sur les intestins, nous rencontrâmes de petits flocons fibrineux, et quelques petits dépôts purulents disséminés, qui cédaient au râclement du scalpel ; le petit bassin renfermait un liquide séreux, rougeâtre. L'opérée ne présenta aucun symptôme septique; elle aurait certainement guéri, sans la complication accidentelle du tétanos. Comment se fait-il que, dans un cas, une exsudation parfaitement nette ne donne naissance à aucun symptôme quelconque, pas même une ombre de péritonite, tandis que, dans un autre cas, la plus légère blessure du péritoine donne lieu à des symptômes violents de péritonite septique? Cette différence tient, selon moi, à l'existence ou à l'absence d'infection. En son absence, l'exsudation est parfaitement innocente, le péritoine l'absorbe sans en être irrité ; quand elle se produit, le liquide exsudé se putréfie, et s'il n'y a pas de liquide, le péritoine s'enflamme violemment, et donne une exsudation qui se décompose rapidement. Si cette idée est exacte, nous ne devons pas diriger notre traitement contre l'accumulation du liquide, mais chercher à prévenir l'infection, cause de tout le mal. Malgré toutes les recherches sur les vibrions, nous ne savons pas en quoi consiste la substance infectieuse ; je suis cependant certain qu'elle vient du dehors d'où elle est apportée, en géné-

ral, par les mains, les instruments ou les vêtements de l'opérateur et de ses assistants. Si donc nous voulons nous garantir des substances infectieuses, nous devons opérer dans des endroits sains, veiller au plus près, à la propreté absolue de nos mains, de nos vêtements, et de nos instruments, de nos éponges, etc ; même pour désinfecter au tant que possible l'air qui pénètre malgré nous dans l'abdomen, il est utile d'opérer dans un nuage d'acide phénique, comme je le fais toujours. Si, par ces soins méticuleux, nous évitons l'infection, les exsudations ne se putréfient pas, et par conséquent, ne donnent naissance à aucun phénomène septique. Le drainage devient inutile, et par conséquent il ne faut pas le faire, car il rend l'opération plus compliquée, plus longue et plus dangereuse. Je ne ferais donc le drainage pendant l'opération que si je pensais, ce qui ne doit pas être, que la patiente avait été infectée, ou s'il existait des masses en putréfaction, venues par exemple d'un kyste suppuré, et répandues dans la cavité abdominale. Bien différent au point de vue thérapeutique est le drainage, dans le cas de péritonite septique, déjà existante : quoique l'exsudation ne soit ni la cause originelle, ni le seul signe de l'état septique, il faut avouer que sa disparition est au plus haut point désirable. Sans doute, le drainage est malaisé dans ces cas : la ponction du cul-de-sac rétro-utérin n'est facile que lorsqu'il renferme du liquide ; car alors il existe une tumeur aisément accessible derrière l'utérus. C'est justement dans ces cas que l'évacuation n'est pas absolument nécessaire, car l'exsudation enkystée est innocente, et ne s'absorbera pas et il n'y aura pas de perforation. S'il y a du liquide répandu *en liberté*, il ne formera pas une saillie dans la poche de Douglas ; il est donc difficile de faire une ponction, dans la crainte de blesser les parties voisines. C'est surtout dans la péritonite puerpérale qu'on sent le besoin de la ponction ; mais le col de l'utérus antéversé est si proche du rectum qu'on ne sait où faire la ponction. On pourrait penser à extraire le liquide par une incision des parois abdominales ; mais une simple ouverture ne permettrait pas un lavage suffisant. Il me semble donc qu'on ne peut que faire la laparotomie, puis perforer et faire passer, de dedans en dehors, un drain, à travers le cul-de-sac de Douglas. Peut-être cette pratique deviendra-t-elle le traitement de la péritonite septique ; cependant, il faut bien de l'assurance pour entreprendre une pareille opération chez une femme affectée de péritonite générale. Pour terminer, qu'on me permette de préciser mon idée : ce n'est pas l'exsudation, en elle-même qui, après l'ovariotomie, est la cause de la septicémie ; elle est au contraire parfaitement innocente, à moins qu'elle ne se putréfie ; mais cette putréfaction ne se produit qu'après l'infection ; le point important n'est donc pas d'enlever le liquide, mais de prévenir l'infection.

Keith (d'Edimbourg) publie, dans le *British. Med. Journal*, de juin 1876 sa quatrième série de cinquante ovariotomies. Sur ce nombre il n'a eu que six morts (1). Sur ces six cas, un est celui d'une femme de 56 ans, qui avait un kyste à suppuration aiguë, pesant 29 livres, et ayant de larges adhérences pariétales, intestinales et hépatiques. Une autre avait une tumeur solide, maligne, qui pesait 14 livres. Une troisième , dont la tumeur pesait 43 livres, présentait des adhérences générales, solides surtout dans le bassin. Le quatrième cas était une tumeur solide, maligne, compliquée de cancer du péritoine ; la malade avait 44 ans. La cinquième et la sixième opérées étaient jeunes, les kystes avaient des adhérences étendues.

Dans tous ces cas, c'est à la septicémie que les opérées ont succombé. Voici le résumé que Keith donne de ses opérations : « Dans les six « cas de décès, la cause a été la septicémie. Le premier cas était un « cas de kyste suppuré, avec fièvre pyohémique ; il semblait déses« péré ; mais des cas de ce genre aussi désespérés ont guéri. Le deu« xième et le troisième étaient des cas de tumeurs malignes. Dans « les deux, l'abdomen renfermait du sérum teinté en rouge ; les deux « malades avaient de l'eau dans la plèvre au moment de l'opération. « Parmi les trois autres, dans deux cas l'opération fut très-difficile « et dura trois heures, dans l'un, et plus de deux heures dans l'autre. « La dernière malade avait une mauvaise constitution, et avait eu « des convulsions et une affection aiguë des reins. L'une fut drainée, « l'autre pas ; peut-être l'opération faite plus tôt les eût-elle sauvées. « Dans le dernier cas de mort, la malade était parfaitement j'usqu'au « sixième jour, son rétablissement paraissait assuré. Dans l'espace de « quelques heures la température s'éleva à 41° 11, le pouls à 170, et la « malade mourut au dixième jour. Ce qui montre que la mort est « presque toujours expliquée par des symptômes suffisants » (2). Keith dit qu'il a moins d'ovariotomies à faire que précédemment, et attribue cette différence à la généralisation de l'ovariotomie, les cas

---

(1) Les succès, fort remarquables, de Keith, tiennent, sans nul doute, à la *méticulosité* de ses précautions, — il m'a fait le plaisir et l'honneur de m'engager à assister à quelques-unes de ses ovariotomies ; je l'ai donc vu à l'œuvre, et je suis heureux de saisir cette occasion de rendre un hommage public au Dr Keith, auquel la modestie ne permet pas de faire du bruit autour de ces succès, plus nombreux relativement, que ceux d'autres opérateurs plus connus.
A. C.

(1) On reconnaît bien, dans ce résumé rapide, le chirurgien consciencieux qui ne cherche pas à se faire une belle statistique ; il opère toutes les fois que l'opération lui paraît donner à la malade une chance de plus que sa maladie abandonnée à la nature. A. C.

les plus graves seulement lui étant adressés. Depuis la publication de sa dernière série (nov. 1872), il a pu diagnostiquer et guérir, par une ponction simple, quatre kystes séreux du ligament large. Keith termine en disant que, après avoir essayé tous les procédés, il en est revenu au cautère actuel pour le pédicule; et il croit que c'est le meilleur moyen. Quand il l'aura employé plus souvent, il publiera en détail tous les cas où il l'aura appliqué. C'est Baker Brown qui l'a introduit dans la pratique. Keith se sert toujours d'éther sulfurique.

Georges H. Bixby (de Boston) a publié un article très-intéressant sur UN NOUVEL INSTRUMENT A DOUBLE COURANT POUR LES CAVITÉS SUPPURANTES ET LE DRAINAGE PELVIEN; c'est le *double trocart*. Il se compose d'une canule droite ou courbe de 26 centimètres de long, sur 6 millimètres 4 de diamètre, divisée par une cloison en deux tubes égaux, chacun étant percé à son extrémité inférieure d'une fenètre de 26 millimètres. A la partie supérieure, chacun des tubes est en rapport avec un tube afférent et efférent, auquel il est fixé. Dans cette canule glisse à frottement un double trocart à manche ordinaire, dont les deux pointes se confondent en une. Quand le trocart est au bout de la canule, au moyen d'une seringue-fontaine, on obtient un courant abondant et constant, l'entrée de l'air est absolument empêchée, et, une fois le trocart en place et fixé par des rubans, l'instrument peut être manœuvré par le premier aide venu. Bixby recommande son instrument dans les cas suivants : 1° Abcès pelviens ; 2° hématocèle rétro-utérine, si la quantité et la nature de l'écoulement, après l'ouverture spontanée ou artificielle de la poche, demande un drainage de sa cavité ; 3° hématocèle et abcès pelvien ; 4° drainage pelvien après l'ovariotomie ; 5° après l'enlèvement des fibroïdes intra-utérins et interstitiels ; 6° Endométrite puerpérale aiguë, et pertes putrides puerpérales ; 7° hémorrhagie *post partum* ; 8° cystite chronique chez la femme. Bixby, après avoir fait une large part à l'essai des autres désinfectants, dit qu'il est revenu à la solution au $\frac{1}{100}$ d'acide phénique (16 grammes sur 500 de glycérine, de savon et d'eau) comme étant de beaucoup la plus efficace.

Je laisserai de côté les autres conditions pour ne considérer que la quatrième, LE DRAINAGE APRÈS L'OVARIOTOMIE ; c'est celle que Bixby a le plus étudiée ; c'est pour nous, et pour le corps médical aussi, je pense, la plus intéressante.

Peaslee a rapporté le premier cas de drainage immédiat du cul-de-sac de Douglas ; la malade lui a dû la vie. Peaslee, depuis 1855, a drainé dans tous les cas d'ovariotomie, où il y avait quelque liquide à évacuer, mais il a toujours préféré le drainage par la plaie abdominale. D'après Bixby, c'est à Gilman Kimball (de Lowell) qu'appartient l'honneur d'avoir développé et perfectionné cette méthode. De 1807 à 1876, Kimball a fait le drainage vaginal dans onze cas ; dans

les trois premiers, il n'a passé que les fils dans le cul-de-sac; dans cinq autres il y a passé la canule et les fils ; dans trois, la canule seule. Sur ces onze cas, il a eu deux morts, l'une amenée le vingtième jour par le tétanos, l'autre par la septicémie; dans les neuf cas de guérison, il se produisit des symptômes menaçants, que l'écoulement d'un liquide plus ou moins fétide par la canule ou par l'ouverture a bientôt fait cesser. Spencer Wells n'a que trois cas du drainage secondaire, une guérison, deux morts, toutes les deux causées par la septicémie; la guérison était désespérée, et ne fut due certainement qu'au drainage vaginal. Bixby semble recommander le drainage pelvien dans tous les cas d'ovariotomie; au moins indique-t-il l'injection d'eau tiède légèrement phéniquée dans la cavité abdominale, six heures après l'opération, et de répéter ce lavage tous les jours, jusqu'à ce que la limpidité parfaite du liquide qui revient par la canule prouve qu'on peut enlever la canule et cesser le drainage. S'il se produit des signes de septicité locale, en général l'injection doit être abondante et très-concentrée; en fermant le tube efférent, on peut nettoyer complètement la cavite abdominale, on ne peut pas mettre en doute l'utilité, l'importance vitale même, des injections intra-péritonéales, abdominales et vaginales, dans les cas où de larges adhérences ou une péritonite amènent un suintement séro-sanguinolent, ou un empyème intra-péritonéal, et de la putridité. J'ai vu l'année dernière un cas malheureux dans lequel l'ovariotomie fut faite pendant l'inflammation du kyste, et une péritonite subaiguë à la suite d'une ponction, pratiquée comme étant la seule chance de vie qu'eût la malade; tout alla bien pendant quatre jours, mais une septicémie soudaine se développa et emporta la malade, malgré des injections abondantes d'une solution salycilique diluée; je m'étais demandé si une irrigation continue dans toute la cavité abdominale au moyen d'un tube à drainage passé de la plaie abdominale jusque dans le vagin, à travers le cul-de-sac de Douglas, le tube afférent étant fixé à un vase placé assez haut, ne serait pas utile à faire dès le début, dans les cas désespérés de putridité abdominale. L'expérience de Peaslee, Thomas, Spencer Wells et d'autres semblent prouver que les cas extrêmes seuls exigent la perforation du cul-de-sac de Douglas; dans les cas ordinaires, elle est à peine justifiable, car elle paraît plus dangereuse qu'utile (comme preuves, je citerai seulement le fait que Sims ne la recommande plus dans tous les cas), et que le drainage abdominal suffit presque toujours.

James R. Chadwick (de Boston), à propos d'un cas d'ovariotomie, terminé par la mort, chez une malade alcoolique, signale ce qu'il croit être UN NOUVEAU SIGNE DIAGNOSTIQUE ENTRE LES TUMEURS OVARIQUES ET LES LARGES FIBROIDES UTÉRINS. La tumeur n'était pas accessible par le vagin, et l'abondance du liquide ascitique ne permettait pas à la

fluctuation de se transmettre de l'épigastre à l'utérus. Chadwick fit placer la malade sur les coudes et sur les genoux, pensant qu'un gros fibroïde utérin, entraîné par son poids, viendrait s'appliquer sur la paroi abdominale, où il pourrait être reconnu par le palper, que le vagin serait allongé et le col attiré en haut, tandis que, s'il avait affaire à un kyste ovarique, la position de la tumeur ne changerait guère, que le vagin serait moins allongé, et que les mouvements qu'on imprimerait à la tumeur se transmettraient moins complètement à l'utérus que dans le cas d'un fibroïde. Deux circonstances pourraient l'induire en erreur; ce sont des adhérences et une tumeur ovarique partiellement solide. Les adhérences sont cependant rares dans les fibroïdes utérins, et les tumeurs ovariques solides multiloculaires sont généralement situées dans le bassin et aisément accessibles. Dans l'espèce, le diagnostic porté par Chadwick : kyste ovarique sans adhérences, se trouva exact. Obligé de rouvrir la plaie abdominale quatre heures après l'opération, pour laisser sortir une grande quantité de sérosité, dont la présence causait un collapsus profond, d'enlever le clamp et de lâcher le pédicule, Chadwick fut encore contraint, au cinquième jour, d'évacuer par une ponction capillaire des gaz intestinaux qui gênaient la respiration. Chadwick eut l'idée que la canule aspiratrice pourrait lui servir à injecter du cognac, du thé de bœuf (1) ou d'autres aliments liquides, et des solutions faites pour ramollir les scybales, ce que n'avaient pu faire les lavements. Dans un cas de péritonite puerpérale, Chadwick essaya cette méthode et, ayant introduit l'aiguille dans le côlon transverse pour évacuer les gaz, il injecta une solution diluée de cognac; bientôt après se produisirent des douleurs lancinantes dans l'abdomen, dues certainement à l'action péristaltique qui amenèrent promptement l'évacuation de larges scybales. Chadwick (*Amer. Journ of obst.* nov. 1875), pense que cette méthode, outre qu'elle permet, dans les cas de vomissements incoercibles et d'obstruction rectale, de donner à la malade la

---

(1) Il n'est peut-être pas inutile de dire que le thé de bœuf des anglais et des américains n'est point celui que formulent nos auteurs français. Voici comment ils le font. Viande de bœuf hâchée : Q. V.

Placer la viande dans un pôt recouvert d'un parchemin, percé de très-petits trous, faire cuire au bain-marie, pendant six heures, en ajoutant un demi-litre d'eau par livre de viande; au bout de ce temps on peut, à volonté, ajouter un peu de farine et servir au malade tout ce qui reste dans le pôt, avec plus ou moins d'eau chaude. Il faut avoir soin, au bout de dix minutes de cuisson, d'enlever le jus qui est sorti de la viande; c'est alors qu'on ajoute l'eau. Ce jus est remis dans le pôt, dix minutes avant la fin de 6 heures. Je puis affirmer, par expérience, que cette préparation est agréable à prendre, et très fortifiante.

A. C.

nourriture nécessaire, peut être utilisée dans les cas de paresse intestinale invincible d'arrêt des matières fécales, et dans les circonstances analogues.

Le danger de la ponction exploratrice d'un kyste ovarique est indiqué par A. M. Fauntleroy (de Staunton) *Trans. Med. Soc : Virginia ; Virginia Med. Monthly*, nov. 1875), à propos d'un cas d'ovariotomie. Un mois avant l'opération, on avait retiré, avec la seringue hypodermique, un peu du liquide kystique, dans un but diagnostique. Trois ou quatre jours plus tard, la malade se plaignit de malaise abdominal, et, durant toute la semaine suivante, de paroxysmes douloureux fréquents, qui furent attribués à une péritonite localisée. L'opération fit reconnaître des adhérences fraîches entre le kyste, le côlon et la paroi abdominale. La malade succomba, épuisée par les vomissements et la diarrhée. Tout en n'accusant pas la ponction de la mort de l'opérée, Fauntleroy croit cependant qu'il ne faut recourir à la ponction, même avec la plus fine aiguille, que lorsqu'elle est absolument nécessaire au diagnostic d'une tumeur ovarique. J'ai parlé dans ce rapport d'un cas qui démontre encore plus nettement le danger de la *kystocentèse* (1), faite même avec une aiguille aspiratrice très-mince. La malade n'avait jamais subi aucune opération, et s'opposait très-vivement à l'opération radicale, mais demandait à être soulagée de sa dyspnée. Pour gagner du temps et la préparer à l'ovariotomie, je lui fis une ponction avec l'aiguille au moyen du trocart aspirateur, et retirai environ 4 litres et demi de liquide. La petite taille de la malade et la fermeté des parois abdominales, qui n'avaient pas cédé à la distension, expliquent l'intensité peu proportionnée de la gêne respiratoire avec la petite quantité de liquide. J'eus grand soin d'empêcher l'entrée de l'air dans le kyste et me gardai de trop masser le ventre.

Très-soulagée pendant plusieurs jours, la malade commença au cinquième jour à se plaindre de vives douleurs *paroxystiques* dans l'abdomen, la température s'éleva, et le pouls devint très-fréquent, l'affaissement devint très-accusé ; il y eut certainement une péritonite subaiguë.

Douze jours après la ponction, la malade était si épuisée, que l'ablation immédiate du kyste était le seul moyen — l'espoir désespéré — de la sauver ; c'était l'avis de T.-G. Thomas, qui voulut bien la voir avec moi. A l'ouverture du ventre qui était extrêmement tympanisé, nous vîmes toute la surface du kyste fixée par de larges adhérences fibrineuses au péritoine abdominal, viscéral et pelvien, nous pûmes avec la main, les séparer sans causer d'hémorrhagie.

---

(1) Pour éviter la répétition constante du mot ponction, j'ai cru pouvoir forger le mot *kystocentèse*, que chacun comprendra. A. C.

Tout le péritoine était violemment injecté, et le kyste renfermait une grande quantité de liquide purulent, parsemé de flocons. L'opérée se remit immédiatement, et tout alla bien pendant quatre jours; à ce moment la péritonite subaiguë se traduisit par une effusion péritonéale de très-mauvaise odeur, qui amena la septicémie et la mort de la malade, deux jours plus tard, malgré de fréquentes injections salicyliques dans le péritoine. A l'avenir, ce ne serait que dans un cas d'extrême nécessité que je me déciderais à ponctionner une tumeur ovarique, quoique je l'aie fait souvent sans aucune conséquence.

Dans la séance de la Société obstétricale de New-York, du 18 mai 1875. (*Americ. Journ. of Obst* février 1876), Peaslee dit qu'on ne doit jamais ponctionner une tumeur polycystique de l'ovaire, si l'on n'est pas prêt à faire l'ovariotomie dans l'espace de vingt-quatre heures, ce qui est en général nécessaire ; le trocart aspirateur ne lui paraît présenter aucun avantage sur la canule ordinaire, et que la largeur plus ou moins grande de l'ouverture n'a que peu d'importance. Dans un cas où il se disposait à opérer le lendemain, la ponction aspiratrice causa une inflammation du kyste dans l'espace de quarante-huit heures.

Je n'attachai alors qu'une faible importance à cette recommandation ; mais une triste expérience m'a forcé à craindre ce que j'avais d'abord considéré comme une manœuvre innocente.

Diagnostic et traitement des kystes ovariques par Rheinstadter (de Cologne) (*Berl. Klin. Wochen.*, 31 mai 1875). Voici les conclusions que l'auteur tire de l'examen du liquide extrait par la ponction : 1° La présence de la paralbumine ne prouve point l'existence d'un *hydrovarium* ; 2° son absence ne nous permet pas de conclure à la non-existence d'un kyste ovarique ; 3° l'abondance de la paralbumine, la viscosité du liquide, qui le fait ressembler à de l'eau d'orge, l'existence d'un dépôt abondant de détritus cellulaire et de grosses cellules rondes ayant subi la dégénérescence graisseuse, rendent très-probable l'existence d'un hydrovarium. La présence dans le liquide de cellules cylindriques bien formées, pourvues de leurs noyaux, rassemblées en groupes ou en rangées indique assez positivement un hydrovarium, surtout si le résultat de l'examen microscopique concorde avec l'apparence microscopique et la composition chimique du liquide. Rheinstädter pose les *indications* suivantes pour le traitement. Le danger de l'opération est toujours en raison directe du danger de la maladie elle-même, qui cause quelquefois peu de troubles, pendant des années, et dont la guérison peut être spontanée. Il ne faut donc pas opérer une femme dont le kyste ovarique est stationnaire, et qui n'en souffre pas beaucoup, à moins qu'elle ne le désire ardemment. Il faut lui faire un traitement expectant, qui comprend les me-

sures hygiéniques, éviter toutes les causes d'excitation ou d'irritation génitale, appliquer un bandage de corps, et surveiller soigneusement toutes les complications. La malade ne doit pas se marier dans la crainte d'une grossesse, qui serait une complication. Si les kystes ont un accroissement rapide, qui gêne les fonctions et occasionne de l'affaiblissement et des névralgies aiguës, l'extirpation est indiquée. D'autres circonstances, telles que les hémorrhagies intra-kystiques assez abondantes pour menacer la vie, la suppuration ou l'ulcération du kyste, sa perforation suivie de péritonite, des symptômes d'étranglement intestinal causé par des bandes pseudo-menbraneuses, exigent aussi une ablation immédiate de la tumeur. La ponction, suivie ou non d'injection iodée, est maintenant en général rejetée comme traitement radical. Son effet est incertain, parce que la tumeur peut être polycystique ; elle peut causer une péritonite circonscrite et des adhérences qui compliqueraient l'ovariotomie, quand on en viendrait à cette opération. On a de même abandonné la ponction suivie du drainage abdominal, car elle ne suffit pas à évacuer complètement le contenu ichoreux du sac. La ponction vaginale paraît utile dans les cas de petits kystes, fermement adhérents au bassin ; on peut y adjoindre le drainage et le lavage du kyste avec des liquides médicamenteux, ce qu'on peut faire aussi pour les gros kystes ; si l'on ne peut pas faire accepter l'ovariotomie, on peut au moins agir sur le kyste par le vagin ; cependant nous devons tâcher de gagner notre malade à l'opération. Pour arriver au diagnostic, on peut et on doit presque toujours faire une ponction, soit par le vagin, soit par la paroi abdominale, suivant le point où la tumeur est le plus accessible. La ponction doit aussi être employée comme palliatif quand les adhérences ne permettent pas l'enlèvement de la tumeur, quand une grossesse complique le cas et produit des symptômes de compression, qui exigent un prompt soulagement. Les contre-indications ont été énumérées plus haut. L'opération peut cependant être indiquée quelquefois pendant la grossesse, quand les symptômes de compression sont urgents, si la ponction ne peut pas les faire cesser, ou quand le kyste est rompu ; dans ces cas, elle est préférable à l'avortement ou à l'accouchement prématuré artificiel. L'ovariotomie est aussi contre-indiquée par l'existence d'une maladie interne qui menace de se terminer fatalement, et dans le cas de carcinome kystique (1).

---

(1) Ici se place dans le rapport publié, l'examen d'un article de Ferrier, sur un kyste dermoïde de l'ovaire (*Bull. Thérap.*, 15 mars), d'une communication de Sinéty, sur un ovaire supplémentaire (*Mouv. Méd.*, 20 juin), d'un travail de Panas sur les kystes séreux ovariques (*Mouv. Méd.*, *comptes-rendus Acad. Méd.*), etc. qui sont connus de nos lecteurs français : je ne traduis donc pas ce passage. A. C.

SPENCER WELLS rapporte un cas (*Obst. Journ.* juillet 1875, p. 243), où il a fait deux fois l'ovariotomie chez la même femme. Le premier ovaire fut enlevé en mai 1870, le deuxième en juin 1875 ; la malade se remit. Lors de la première opération, Wells se contenta de ponctionner un petit kyste dans l'ovaire qu'il laissa, préférant laisser à la malade, qui était encore jeune, la possibilité d'avoir des enfants. plutôt que de courir le risque d'une double ovariotomie, car il a vu quelquefois, dans ces cas, la maladie ne pas récidiver. Jusqu'à cette opération, Wells a fait 710 ovariotomies ; sur ce nombre, 6 ont été faites sur la même malade, deux sont mortes, quatre ont guéri. Cela prouve que la ponction d'un ou plusieurs kystes de l'ovaire restant suffit, dans le plus grand nombre des cas, à empêcher le développement de ces kystes, et que la dégénérescence d'une grande partie du second ovaire peut seule exiger son ablation immédiate.

Un cas très-rare, UNE HYDROPISIE ENKYSTÉE DU PÉRITOINE, AVEC SUPPURATION, ET TRAITÉE PAR LA GASTROTOMIE, *suivie de guérison*, est rapporté par J. EWING MEARS (de Philadelphie), La malade avait 40 ans et 6 enfants. Sa maladie datait de la naissance du dernier, sept ans auparavant. Dans la dernière année, sa santé s'était ébranlée, et la tumeur avait grossi. L'abdomen avait le volume qu'il a au terme de la grossesse, et était assez nettement fluctuant. Un diagnostic précis étant impossible autrement, et la grande faiblesse de la malade demandant une opération, Mears conseilla une incision explorative. Pendant les tentatives faites pour déchirer les adhérences nombreuses qui unissaient la paroi antérieure de la tumeur au péritoine, le kyste s'ouvrit et donna issue à 8 litres de pus. On trouva les parois du kyste formées en haut par le grand épiploon, en bas et sur les côtés par les intestins intimement adhérents. Sous l'influence d'un drainage soigneux fait sur le côté inférieur de la plaie, et d'injections intra-péritonéales, la plaie se ferma en six semaines, et la malade guérit. La gastrotomie et un large drainage semblent être préférables, dans ces cas, à tout autre traitement. (*A suivre*).

REVUE CLINIQUE

ÉNORME FIBROME MOU DU COL UTÉRIN, AYANT OFFERT DES PARTICULARITÉS REMARQUABLES POUR LE DIAGNOSTIC ET POUR L'OPÉRATION. GUÉRISON

Par le Dr A. MATTEI.

Madame R... rentière, native de l'Orne, et habitant Paris depuis quatorze ans, rue Château-Landon, est une femme âgée de 47 ans, de

tempérament nervo-sanguin et d'une bonne constitution ; jamais de maladie graves.

Réglée à 16 ans 1/2, elle a continué de voir tous les mois abondamment et pendant huit jours ; mariée à 21 ans, elle a vu moins après.

Elle a eu deux enfants, le premier un garçon, et le deuxième une fille ; celle-ci est aujourd'hui âgée de 28 ans et mère elle-même. La première grossesse a été pénible, surtout à cause de fortes douleurs existant dans le côté gauche du bas-ventre. Cette grossesse, s'est terminée à sept mois, et l'enfant n'a pas survécu. La deuxième grossesse a été moins pénible, quoique madame ne pût faire de longues courses, d'exercices et même d'efforts sans souffrir dans le côté gauche du bas-ventre. Cette fois cependant la gestation est arrivée à neuf mois, et l'accouchement comme les suites ont été assez bons.

La santé générale paraissait revenir; il ne restait qu'une constipation opiniâtre, et les règles avaient tant soit peu augmenté, mais d'une manière supportable jusqu'en 1869. Depuis cette année et surtout pendant la guerre de 1870-71, le siége et la Commune, les règles se sont prolongées encore, se sont plus rapprochées et sont devenues plus abondantes, au point de constituer de fortes hémorrhagies presque continues.

Les traitements auxquels cette dame a été soumise ont fini par modérer ces hémorrhagies et en 1872, le sang n'a commencé à revenir que tous les quinze jours pour durer une dizaine de jours, enfin depuis un an la menstruation, quoique abondante avait fini par venir tous les mois ; mais dans l'intervalle des règles, il y avait des pertes blanches très-abondantes qui avaient parfois l'odeur du sang décomposé.

Avec cela est survenue une exaltation de la sensibilité allant jusqu'aux attaques hystériques les plus violentes. mais ce qu'il y a de caractéristique est l'apparition à la vulve d'une tumeur qui s'est avancée plusieurs fois et que la malade a pu faire rentrer elle-même en se couchant et en élevant le siége plus haut que la poitrine, enfin cette dame a été prise tout à coup quelquefois d'impossibilité d'uriner, et il a fallu alors la sonder.

Pendant les hémorrhagies comme après, cette dame a consulté plusieurs médecins et a suivi des traitements divers, mais ni les réfrigérants ni les astringents, ni les injections ni les anti-hémorrhagiques de toute sorte n'ont diminué les pertes séro-purulentes, de plus, il y a eu aggravation des autres phénomènes locaux et généraux.

Quant au diagnostic de la maladie et au traitement radical, les médecins auraient annoncé, les uns un renversement de la matrice, d'autres une tumeur de mauvaise nature, et tous auraient convenu qu'il ne fallait pas opérer.

Cette malade a patienté, se contentant des palliatifs, et espérant, comme on le lui avait dit, se trouver mieux à mesure qu'elle appro-

chait de l'âge de retour, tandis que les malaises sont devenus de plus en plus intenses.

Ainsi, outre les douleurs passagères s'irradiant du bas-ventre dans le tronc et les membranes, il y a une sensation permanente de tension, comme si le ventre allait éclater, dit la malade. Cette femme est arrivée à ne plus pouvoir s'asseoir que sur des fauteuils bien rembourrés, et encore pas pour longtemps. Les organes génitaux, malgré les lavages et les injections, sont constamment lubréfiés par du sang ou par des liquides séro-purulents qui les ont enflammés. Enfin la faiblesse générale, l'irritabilité et les phénomènes hystériques ont tellement fatigué cette femme qu'elle est arrivée à ne plus supporter la vie. *Ou guérissez-moi ou tuez-moi*, telle a été la détermination que cette femme m'a annoncée la première fois que j'ai été appelé auprès d'elle, fin de décembre 1875.

Après avoir pris les renseignements qui précèdent, j'ai procédé à l'examen du ventre, la malade étant étendue sur son lit, et voici ce que j'ai trouvé. Le ventre est plus volumineux que d'ordinaire, mais, en saisissant la peau à pleine main, on sent que le tissu adipeux entre pour beaucoup dans ce volume. La palpation cependant permet de constater que tout le bas-ventre est occupé par un empâtement douloureux, sans qu'il soit possible de constater de tumeur ni autre particularité. La percussion est obscure aussi depuis le région pubienne jusqu'au près de l'ombilic sans être complètement mate.

Par le toucher vaginal on tombe à l'entrée de la vulve sur une tumeur de moyenne densité et qui distend tellement le vagin qu'on la sent grandir de plus en plns, à mesure qu'on avance le doigt. Cette exploration du doigt offre même ceci de particulier, que si en arrière et sur les côtés le doigt explorateur va aussi loin que possible en avant il est arrêté, non par le cul-de-sac infranchissable mais par la pression tellement vive de la tumeur contre la symphyse pubienne, qu'il est impossible d'aller plus loin sans faire crier la malade. Dans quelques instants je vais agiter la question de la nature de la tumeur; mais ne trouvant pas de signes de mauvaise nature dès le premier examen, j'ai déclaré la tumeur opérable, si grosse qu'elle puisse être; en attendant, dès le premier examen, je tâche d'en déterminer le volume. Pour cela je prends la sonde élastique même dont on s'était servi autrefois pour sonder la malade et pénétrant entre la tumeur et le vagin, j'arrive à 22, 23, même 25 centimètres de profondeur à partir de l'entrée vulvaire; suivant que je porte la sonde en arrière ou sur les côtés, je vais toujours plus loin que la profondeur de l'excavation pelvienne dans les diamètres antéro-postérieurs, c'est-à-dire que cette longueur est obtenue par l'extension du vagin jusqu'au-dessus du détroit supérieur du bassin.

A un examen ultérieur j'ai complété le diagnostic en portant d'abord

une sonde élastique dans la vessie, pendant que je suivais avec le doigt dans le vagin le trajet de l'urèthre. J'ai pu arriver ainsi à la vessie poussée très-haut et en avant, et je l'ai vidée sans changer ni le volume ni la forme de la tumeur. Introduisant une sonde métallique d'homme jusqu'au fond du vagin, j'ai cherché cette fois à déterminer le volume de la tumeur à la partie la plus supérieure. Pour cela, une fois le bec arrêté le plus loin possible et derrière la tumeur, j'ai porté celle-ci sur les côtés pour côtoyer le pédicule jusqu'au manque de résistance en avant. Cette manœuvre a été plus facile à gauche qu'à droite et la direction du pavillon de la sonde à gauche indique une direction de la tumeur légèrement déviée à droite. Par cette manœuvre j'ai trouvé que la pédicule a de 10 à 12 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. Pour contrôler ce chiffre, je suis allé directement entre le vagin et la tumeur en avant, jusqu'à ce que le pédicule m'ait arrêté, et je suis arrivé à 12 centimètres, ce qui, retranché de la longueur totale de la tumeur composait en effet un pédicule ayant de 10 à 12 centimètres d'épaisseur. L'examen par le rectum n'a rien offert de particulier, si ce n'est la présence de la tumeur qu'on sentait se prolonger indéfiniment en haut à travers la cloison recto-vaginale.

Tout à l'heure je vais revenir sur l'examen destiné à la recherche de la nature de la tumeur; en attendant j'étais fixé sur le volume et nous avions pris jour pour l'opération, lorsque le mari de cette femme est mort, de sorte que les choses ont été suspendues pendant les mois de février et de mars sans aggravation notable pour la malade.

Les règles sont venues chaque mois et ont duré dix jours abondamment, ce qui affaiblit la femme. La tumeur bouchant l'entrée vaginale, il se produit même dans le fond du vagin une accumulation de mucosités sanguinolentes qui sortent à plein jet quand on y pénètre avec la sonde. Les injections qu'on fait tous les jours laissent peut-être aussi quelque peu de liquide dans le vagin. La dernière menstruation ayant eu lieu fin mars, j'ai fixé le 16 avril pour pratiquer l'opération.

Voulant faire part de mon opinion aux confrères qui devaient m'assister pour qu'ils me donnassent aussi la leur, j'ai agité devant eux les questions du diagnostic et du mode opératoire à suivre; mais conditionnellement, car l'introduction de la main dans le vagin pouvait seule donner des idées exactes, et cette introduction ne pouvait se faire que la femme une fois endormie par le chloroforme, c'est-à-dire au cours même de l'opération. Je me suis donc demandé si nous avions affaire à un cancer, à une inversion de l'utérus, à un kyste de la paroi antérieure du vagin, à une hypertrophie du col ou à un corps charnu (myôme ou fibrôme) prenant son insertion dans la cavité uté-

rine. La question du cancer a été bientôt écartée, non-seulement par l'absence de cette maladie dans la famille, et par l'état de la malade qui est faible sans cachexie, mais par l'état local; ainsi pas de douleurs lancinantes, pas de sécrétion ayant une odeur *sui generis*. La densité de la tumeur n'offre ni la dureté ni les bosselures du cancer, et si la partie la plus saillante est molle, elle n'offre pas la sensation du cancer ramolli à la veille de s'ulcérer. Tout ce qui est accessible n'offre ni surfaces ni anfractuosités fongueuses de manière à faire croire à une ulcération déjà faite.

L'inversion utérine ne paraissait pas plus vraisemblable, car une inversion ne peut avoir lieu qu'immédiatement après une couche ou par suite de la traction exercée par un corps fibreux qui s'implante sur le fond utérin, et qui finit par se faire jour dans le vagin. Ici la malade avait accouché depuis vingt ans et les hémorrhagies pathologiques ne dataient surtout que de cinq à six ans. Du reste si l'utérus pur et simple était en état d'inversion, il n'aurait pas une longueur de plus de 20 centimètres, avec un pédicule de 10 à 12 centimètres d'épaisseur. La densité mollette de la tumeur, surtout à son bout libre se rapprocherait de la densité du tissu utérin, mais à mesure qu'on pénètre avec le doigt on sent la densité durcir et la mollesse du bout pourrait tenir à une sorte d'œdème correspondant à l'orifice vulvaire, comme la bosse séro-sanguine de l'enfant qui se forme quand la tête est poussée contre l'orifice entr'ouvert de l'utérus. L'examen intérieur, opéré avec la main pouvait seul permettre de dire si la tumeur venait de l'organe en état d'inversion ou non.

L'hypertrophie du col utérin ne paraissait pas expliquer la maladie surtout si le col était hypertrophié dans toute son épaisseur, car on ne sent nulle part l'ouverture du museau de tanche; et du reste l'hypertrophie ne s'opérant guère sans l'allongement, la tumeur aurait eu de la tendance à franchir la vulve pour prendre après l'aspect fusiforme ou grossir extérieurement en forme de poire.

Malgré la rareté des kystes dans la cloison vésico-vaginale, il pouvait se faire que nous en eussions eu un ici, et cette question je me proposais de la vider au cours de l'opération par un coup de trois-quarts.

Restait à se demander si nous n'avions pas à faire à un corps charnu (myôme ou fibrôme) venant de la cavité utérine ou tout au moins du col. Une réflexion semble exclure le corps fibreux, c'est sa densité mollette comme celle d'un lypôme, surtout à l'extrémité. mais si rares qu'ils soient il y a des myômes et même des fibrômes mous. L'introduction de la main dans le vagin devait donc compléter le diagnostic.

Le diagnostic restant incomplet avant de commencer l'opération,

j'ai du m'attendre pour ainsi dire à tout et préparer les instruments en conséquence. M. Mathieu lui-même avait sur mon indication apporté tout l'arsenal applicable à ces diverses opérations.

Pour que chacun m'aidât de son mieux, j'ai dit ce que je voulais faire et comment je voulais le faire.

1° Rendre la femme anesthésique par le chloroforme.

2° Introduire la main dans le vagin pour aller aussi loin que possible et reconnaître si la tumeur était réductible ou non, car, dans les cas d'inversion de l'utérus, il peut se faire que le mésentère, les intestins, les ovaires, etc., se logent dans la cavité utéro-péritonéale. La réductibilité eut été une chose capitale ici, car en supposant l'ablation possible de l'utérus en état d'inversion, on ne pouvait pas la pratiquer sans que la cavité utéro-péritoniale fut préalablement vidée des organes dont j'ai parlé. Ma main une fois dans le vagin devait aussi s'assurer si le pédicule de la tumeur venait de l'intérieur de l'utérus, par la rencontre du col sur ce pédicule ou par la constatation de la continuité dans le cas d'inversion consécutive de l'utérus.

3° Je devais ponctionner la tumeur.

4° La saisir mais non l'entraîner au dehors ; en effet, n'importe sa nature, si j'avais pu avoir la tumeur au dehors, il aurait été plus facile de l'examiner et de l'opérer, mais pour amener au dehors une tumeur ayant 22 à 25 cent. de longueur, il m'aurait fallu exercer une traction vive, prolongée, sur son point d'origine, et que serait devenu l'utérus ainsi tiraillé, que seraint devenues les adhérences qui auraient pu avoir lieu depuis si longtemps ? Ces raisons m'ont imposé d'avance l'obligation de ne pas exercer des tractions dans le but d'entraîner la tumeur au dehors, quelle que fût sa nature. Une autre détermination moins arrêtée pourtant était celle de saisir la tumeur sans la diviser sans l'entamer, crainte d'hémorrhagie; car si je devais ouvrir des vaisseaux que je ne pouvais ni lier, ni voir, ni même tamponner, je me serais exposé à des accidents graves.

5° Lier le pédicule pour en opérer la mortification, le couper avec l'écraseur, le diviser avec des ciseaux ou la galvanocaustie dans le cas où la chose fût possible.

Tout étant ainsi préparé ou prévu, nous commençons l'opération à dix heures un quart. La malade est couchée sur un lit élevé, les jambes pendantes. M. le Dr Leblond, qui a bien voulu se charger de l'inhalation, fait respirer du chloroforme à la malade, mais celle-ci est refractaire ou plutôt elle est une de celles qui, pour ne pas ingérer les vapeurs, suspendent partiellement ou complètement le mouvement d'inspiration de sorte que plusieurs secondes se passent dans le calme puis la femme fait un mouvement violent peur crier ou se débattre. La circulation cérébrale même peut en souffrir et produire des accidents passagers ou durables. Ici il y a eu des vomissements. Le cœur et les

poumon n'avaient offert à l'auscultation et à la percussion aucune contr'indication à l'inhalation. C'est lorsque l'engourdissement a commencé, que M. Leblond a pu pousser l'inhalation à un degré convenable et l'y maintenir, tout le temps de l'opération, sans que la femme ait fait des mouvements désordonnés. M. le Dr Gillette était à ma droite pour m'aider dans les manœuvres; deux aides tenaient les jambes, et un troisième devait tenir au besoin une sonde dans la vessie préalablement vidée.

La malade une fois endormie, j'ai graissé ma main et mon avant-bras gauches, comme si je devais faire une version podalique, réservant la main droite pour des manœuvres extérieures. La main gauche glissée entre le vagin et la tumeur, j'ai pu suivre celle-ci dans sa longueur, et à mon étonnement j'ai dû entrer presque jusqu'au coude saus arriver à la fin du pédicule. Ma main a parfaitement senti la concavité du sacrum, la saillie du promontoire. je suis au-dessus du détroit supérieur du bassin et la tumeur va encore plus loin; si bien qu'il m'est impossible de passer le bout de mes doigts entre le pédicule et le col, s'il est placé autour de lui encore. En arrière, pas plus qu'en avant, je n'ai pu atteindre le cul-de-sac vaginal pour avoir des sensations nettes. Je suis donc revenu sur la tumeur que j'ai saisie à pleine main, et alors j'ai pu constater: 1° qu'elle n'est nullement réductible; 2° que sa forme est allongée et recourbée suivant l'axe de l'excavation; 3° que le pédicule a en effet de 10 à 12 centimètres de diamètre; 4° que la surface est lisse partout; 5° que, si l'extrémité libre de la tumeur est la plus molle, le reste n'est pas dur non plus. J'enfonce un trois-quarts sur l'extrémité de cette tumeur, et à peine s'il sort une goutte de sang.

Après cet examen dont je fais part à mesassistants, je crois pouvoir dire que nous avons affaire à un de ces myômes mous qui, sans être fréquents, ont été cependant signalés.

Que faire? Sans avoir l'intention d'entrainer la tumeur au dehors je voulais cependant la saisir et la tirer assez pour pouvoir plus facilement examiner le pédicule. Je n'ai pas voulu la saisir avec des pinces à griffes, crainte de la déchirer et de produire des hémorrhagies. J'avais la veille inscrit sur la liste des instruments une pince à faux germe, mais l'employé avait oublié de la mettre parmi les instruments, de sorte que j'ai demandé tout bonnement à M. Mathieu un petit forceps anglais dont j'ai appliqué les deux branches à la manière de Hatin sans retirer la main intérieure.

La tumeur saisie ainsi, j'ai attaché les manches du forceps avec un lien qui a été confié à M. Gillette et pendant que des tractions étaient faites sur l'instrument, j'ai encore essayé avec la main intérieure d'arriver au bout du pédicule, mais en vain.

Je me suis arrêté là, et en toute prévision j'ai lié la tumeur aussi haut que la chose a été possible.

Dans l'espoir de pouvoir découvrir une partie de la tumeur et aider les manœuvres, j'avais bien fait écarter les lèvres de la vulve en divers sens par des valves séparées, que les aides soutenaient tout en tenant les jambes, mais ces valves, pas plus que la sonde vésicale, n'ont pu me servir ; il a fallu tout faire, diagnostic et ligature au fond du vagin sans rien voir. Inutile de songer à l'écraseur, aux ciseaux ou autre sécateur, je me suis contenté de la ligature, que j'ai appliquée voici comment.

Deux sondes courbes, percées aux deux extrémitées portent les deux bouts d'une corde résistante dont l'anse se trouve entre le bout libre des sondes, tandis que par les deux pavillons je dirige le placement de cette anse.

La main gauche toujours dedans, j'introduis avec la droite les deux sondes en avant de la tumeur et aussi loin que possible, puis je confie une des sondes à un aide pendant qu'avec l'autre je conduis la moitié de l'anse du fil sur le côté droit du pédicule jusqu'à la rencontre de mes doigts, qui retiennent l'anse et la sonde en arrière. Cela fait, je fais passer l'autre sonde et la moitié de l'anse correspondante sur la moitié gauche du pédicule jusqu'à la rencontre de l'autre sonde, et l'anse ayant ainsi embrassé la tumeur, je retiens en arrière les fils avec la main intérieure, pendant qu'on retire les sondes et qu'on fait passer les deux bouts du lien dans un serre-nœud.

Les serre-nœuds ne manquent pas, mais j'ai préféré me servir de celui de M. Péan, parce qu'il est fourni d'un petit treuil fort commode.

Après avoir passé les cordons dans le serre-nœud et avoir conduit cet instrument bien haut, j'ai mis à profit la main intérieure pour faire monter la corde aussi haut que possible avant de la serrer.

Quelques tours de la manivelle qui garnit le treuil ont suffi à serrer la tumeur et à fixer le point de constriction par la vis à pression.

L'opération est finie au bout de 20 minutes.

De même que M. Leblond avait eu du mal à endormir la malade, il a eu du mal à la réveiller. Transportée dans son lit, la femme a bien passé la journée, moyennant une potion calmante que je lui ai fait donner.

Le 19. Je trouve la malade en bon état, seulement la vessie ne pouvant se vider, je laisse à demeure une detite sonde élastique. Pas de fièvre. Même état les jours suivants; la vessie se vide toute seule, et chaque jour je donne quelques tours au serre-nœud. Pour corriger l'odeur nauséabonde et presque putride des écoulements, je fais mettre moitié vin, moitié eau de décoction de feuilles de noyer

dans les injections. L'estomac étant bon, je soutiens les forces de la malade par des soupes et un peu de viande. Le 19, cependant il y a des malaises, sentiment d'un resserrement de la poitrine et de l'épigastre, je fais diminuer le régime. Tout s'apaise un moment pour reprendre; ce n'étaient que des spasmes que j'ai fait cesser en promenant des sinapismes sur la base du thorax et en donnant une potion calmante. L'état général s'améliore, et le 22 à 7 heures du matin, le serre-nœud avec la tumeur sont expulsés.

Le 23. Je mets cette tumeur dans l'eau-de-vie pour l'examiner plus à l'aise, et la malade allant bien, je fais augmenter le régime. On continue les injections désinfectantes.

L'examen extérieur de la tumeur donne à peine une idée de ce que j'ai senti sous la main, tant elle est flasque et diminuée de volume. Elle a 13 centimètres de long sur 7 de large, et l'extrémité sectiontionnée offre une surface déchiquetée, tandis que le reste est lisse, il n'existe pas de cavité intérieure. Sa couleur est blanchâtre et tachetée de noir et de gris. On dirait un lobe pulmonaire un peu altéré par l'effet cadavérique. Il est évident que ce corps est vide du sang qu'il contenait. La section de cette tumeur, faite sur quelques points, montre un tissu souple d'un aspect graisseux avec des grains jaunâtres entourés de tissus plus denses et plus grisâtres. Nulle part cependant ces tissus ne sont assez denses pour crier sous le scapel. Je remets cette tumeur dans l'alcool, et le 24 je la dépose au laboratoire du Collége de France pour la faire examiner au point de vue histologique.

Quant à la malade, elle est allée de mieux en mieux, et n'ayant plus le serre-nœud pour la retenir au lit, elle commence à se lever laissant à la surface amputée le temps de se dépouiller.

Tout allait bien, lorsque dans les derniers jours d'avril les pertes blanches se sont rendues plus abondantes et se sont colorées en rouge. C'est l'époque cataméniale qui n'est pas allée jusqu'à donner du sang pur, mais qui s'est accompagnee de spasmes nerveux. Un julep anodin a bientôt tout calmé. Chose curieuse, de ce moment il se déclare à la marge de l'anus les symptômes d'une fissure plus douloure useque l'opération, ou plutôt un spasme du sphincter anal qui a continué les jours suivants; une toux spasmodique, que l'auscultation et la percussion du thorax ne justifient pas, vient s'ajouter aux douleurs anales et tous ces symptômes nerveux ont des paroxysmes quotidiens presque à heure fixe. Je fais donner une potion quinique, des quarts de lavement laudanisé, et avec de l'onguent belladoné, je fais badigeonner la marge de l'anus ; enfin des bains généraux.

Les spasmes ont fini par cesser. Je voulais toujours examiner la partie amputée avec le spéculum et avec le doigt, mais la malade, redoutant l'examen, a différé jusqu'au 14 mai. Du reste les règles qui devaient venir les premiers ours du mois n'avaient pas paru.

Le toucher vaginal pratiqué une vingtaine de jours après la chute de la tumeur trouve encore à 6 centimètres de profondeur une saillie bien plus petite, mais plus dense que n'était la première. Quand on suit cette saillie sur les côtés comme en arrière, on atteint le cul-de-sac vaginal, qui par conséquent s'est considérablement abaissé avec le reste de la tumeur. Pour explorer plus loin et plus largement, je pratique le toucher avec deux doigts, et je constate qu'en arrière surtout, le corps saillant se continue avec les replis vaginaux. Je cherche en vain le museau de tanche, il doit se perdre dans un de ces replis, mais je suis sûr que le col n'embrasse pas le corps saillant et par conséquent que ce corps ne vient pas de la cavité utérine même.

Je cherche en vain, cette fois encore, à passer mes doigts entre la partie antérieure de la tumeur et le vagin, je ne puis atteindre le cul-de-sac; et une sonde de femme passée dans l'espace est arrêtée à 8 centimètres de profondeur depuis l'extrémité libre du corps saillant. Il est évident que primitivement la tumeur étant, longue et recourbée, la ligature n'a pas pu être placée tout en haut mais seulement sur le coude et qu'elle a coupé en bec de flûte la partie la plus élevée. L'abaissement de ce qui reste n'est pas la seule conséquence de l'opération, ce reste est plus mobile et par conséquent plus accessible. Le spéculum ne m'en a pas dit davantage. Le diagnostic cette fois est plus précis; nous avons affaire à une dégénérescence du col dans la partie antérieure surtout, et l'examen fait au Collège de France, par M. le Dr Sinety n'a trouvé que du tissu conjonctif, pas de fibres musculaires. C'est un fibrôme mou du col auquel nous avons eu affaire.

Je n'ai pas pu cacher à la malade qu'il y avait encore un restant de tumeur et qu'il faudra l'enlever dans quelques jours. Quelques bains généraux ont fini par calmer le reste des phénomènes spasmodiques, et le 18 mai je procède à la nouvelle opération.

Comment attaquer cette fois encore le corps saillant ? La malade déclare ne vouloir plus être chloroformée, et l'entrée des organes génitaux est d'une telle sensibilité que la malade redoute même le toucher vaginal le plus ménagé. J'avais eu la pensée de saisir cette fois la tumeur pour l'entraîner au dehors, ou tout au moins, près de la vulve, et de l'attaquer avec le bistouri ou avec de forts ciseaux pour la couper en creusant dans le pédicule; mais, ne sachant pas facilement où m'arrêter sans craindre d'ouvrir le péritoine, j'ai préféré l'application d'une seconde ligature en prenant des précautions pour atteindre cette fois la véritable racine en avant. La répugnance de la malade à l'inhalation et la sensibilité des organes génitaux du reste ne m'auraient pas laissé d'autre choix.

Pour cela j'ai passé les deux bouts de la corde, un dans chaque

dans les inj...
malade par d...
y a des malai...
l'épigastre. j...
reprendre; ...
nant des...
calmant... ...
serre-n...
Le 23. ...
à l'ais...
contin...
L'ex...
j'ai ...
Ell...
tio...
n'...
d...
i...

... gauche
... et les deux
... peu écartées
... entre le vagin

... la sonde de droite
... tumeur avec l'autre, et
... doigt j'ai retiré la sonde;
... tumeur et pour la sonde
... a passé les cordons dans
... possible avant de serrer,
... aussi haut que j'ai pu.
... roduit une sensation doulou-
... plexus lombaire et même du
... pareille à celle que ressentait
...

... qu'il se réveille de spasmes
... tous les jours avec le petit
...

... fait bien, et à part quelques
... je ne fais plus de prescriptions,
... appartement.
... en étant dense, est de même
... extérieur, soit sous le scal-
... un fibrôme mou de la partie
... du tissu conjonctif qui pénètre
... peut-être dans la paroi même de

... a plus ressenti aucun des malaises
... un peu de faiblesse, résultat
... a dû garder pendant quelque

... et qu'elle commence à sortir,
... veut même plus me permettre de
... culum. Les règles reviennent tous
... uillet que la malade me permet

... vaginal que le col utérin s'est
... l'ouverture du museau de tanche
... replis qui vont du col au vagin,
... encore un peu saillant, dur et pointu,
... spéculum montre cette lèvre anté-
... tissus vaginaux. C'est là évidem-
... fibrôme; aussi je ne crains pas de

dire à la malade que, toute guérie qu'elle paraisse, il reste encore quelque chose à faire; ce dont elle n'a pas voulu entendre parler tout d'abord.

Il m'a fallu menacer cette malade du retour de la tumeur pour que le 19 août elle m'ait permis de terminer l'opération ; mais que faire? Fallait-il en venir à l'ablation avec le couteau? Car la ligature pas plus que l'écraseur, n'étaient possibles à appliquer, la saillie étant peu de chose. Le couteau encore cette fois ne pouvant pas creuser le col sans risquer d'arriver aux insertions vaginales et au péritoine, j'ai préféré saisir la saillie que fait la lèvre antérieure avec la pince de Museux, pour l'arracher, en la tordant, puis j'ai cautérisé la plaie avec le caustique de Vienne solidifié. Quinze jours après j'ai répété la cautérisation sur la place où était la saillie devenue presque nulle cette fois.

Le 6 septembre, je trouve que l'utérus est devenu petit et mobile; la lèvre antérieure elle-même a presque entièrement disparu et quoique un peu plus rouge que les parois vaginales, elle me paraît plutôt couverte de tissu cicatriciel lisse que de fongosités ou de tissu conservant des dispositions à l'hypertrophie. La malade me paraît désormais pouvoir être considérée comme guérie.

Cette observation se prêterait à bien des considérations, je ne m'arrêterai qu'à celle qui la rend exceptionnelle. C'est la mollesse du corps fibreux venant de la lèvre antérieure du col utérin. Cette mollesse a permis au nouveau produit de distendre le vagin sans sortir au dehors, de manière que l'utérus, de plus en plus refoulé, a été repoussé jusqu'au-dessus du détroit supérieur du bassin. Le corps fibreux lui-même s'est allongé de plus de 25 centimètres s'est recourbé suivant l'arc pelvien, c'est-à-dire qu'il a acquis un volume énorme sans produire les désordres qu'il aurait occasionné s'il avait eu plus de densité et de résistance, et les désordres qu'il a produits ont été tardifs.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Suite de la discussion sur l'alimentation des nouveau-nés. — La discussion qui avait été close dans la dernière séance est ramenée

surle même sujet par M. Devergie qui présente quelques considérations relatives à la qualité du lait et au choix de la nourrice. Il insiste sur l'emploi du microscope qui peut fournir des indications extrêmement utiles surle volume des globules graisseux, et par conséquent sur la valeur du lait.

Lorsque la mère de l'enfant n'a pas fait un commencement de nourriture, il faut choisir, en dehors des qualités générales de la nourrice, un *lait moyen*, c'est-à-dire qui présente une heureuse association de globules de divers volumes. Mais si ce choix donne généralement lieu à des présomptions favorables au lait par rapport à l'enfant on ne peut pas être certain du succès de l'alimentation dans ce cas.

Il n'en est plus de même lorsque la mère a nourri pendant quelque temps. Si l'on examine au préalable le lait de la mère au microscope et si l'on fait choix d'une nourrice ayant un lait analogue, il est bien probable que ce choix sera suivi de succès.

D'après M. Devergiè, on peut, à l'aide du microscope, distinguer la nourrice qui ne nourrit que d'un sein.

Le lait du sein qui n'allaite pas est tellement crémeux et épais qu'il n'est formé que par une agglomération de globules sans sérum appréciable.

Les seins volumineux ne sont pas ceux qui donnent le lait le meilleur et le plus abondant. C'est la forme des seins qui a une influence sur les qualités de la nourrice. Les seins globuleux et volumineux appartiennent souvent à de mauvaises nourrices. Les seins piriformes sont en général l'indice d'une bonne nourrice.

M. Blot pense que le discours de M. Devergie contient quelques propositions inacceptables. M. Devergie dit que le lait d'un sein non tété est le plus épais, le plus nourrissant. C'est là une erreur, car le sein qui n'allaite pas ne donne qu'un lait très-inférieur.

M. Devergie insiste sur l'importance de l'examen microscopique. Mais le microscope ne sert absolument à rien pour déterminer la valeur du lait, il n'est utile que pour démontrer la présence de substances étrangères : sang, pus, épithélium. M. Devergie ne tient pas non plus compte du moment de la traite pour son examen microscopique. Selon le moment de la traite on trouve plus ou moins de globules graisseux. Celui du milieu et de la fin de la traite est le meilleur.

A propos du volume des seins, M. Devergie se trompe également; il faut tenir compte du volume de la glande et non de la graisse qui l'entoure. Il y a de petits seins qui sont très-bons et des senis volumineux qui sont inférieurs. Quant au titrage du lait proposé par M. Guérin, M. Blot ne saurait l'admettre parce qu'il est impossible,

dans la pratique. Il n'y a pas de nourrice qui puisse fournir une quantité suffisante de lait pour employer le lactomètre.

M. Blot fait ensuite quelques remarques sur la nature du lait qu'il convient de donner aux nourrissons et s'élève surtout contre ce préjugé qui consiste à croire qu'il est nécessaire que l'âge du lait de la nourrice soit en rapport avec l'âge de l'enfant. Cette pratique n'a rien d'utile. Il est d'abord extrêmement rare de rencontrer une nourrice dont le lait ait exactement l'âge du nourrisson, puisque les nourrices ne peuvent allaiter qu'un mois ou deux après leur accouchement. On prend donc en général uue nourrice dont le lait a deux ou trois mois, et il n'en résulte aucun inconvénient.

Qu'arrive-t-il souvent lorsqu'une jeune mère veut nourrir son enfant et ne présente pas les conditions nécessaires. L'enfant dépérit et ne revient à la santé que lorsqu'on lui donne une bonne nourrice dont le lait n'est presque jamais en rapport avec le sien.

Quel est l'accoucheur qui n'a pas observé des femmes qui, ayant accouché à des intervalles très-rapprochés, font allaiter leurs deux enfants par la même nourrice sans qu'il en résulte le moindre inconvénient ?

Quant à la loi récemment votée par l'assemblée nationale, et qui exige que la nourrice ne prenne pas de nourrisson avant cinq mois, il croit qu'elle a été faite non-seulement dans le but de protéger l'enfant de la mère, mais aussi le nourrisson.

Ulcérations a la suite des vaccinations. — M. Alph. Guérin présente un enfant qui a été vacciné deux jours après sa naissance et qui est atteint d'une pustule qui revêt tous les caractères d'un chancre induré.

Le virus du vaccin de cet enfant a servi à vacciner son frère âgé de sept ans, et celui-ci n'a présenté aucun accident. Il y a aujourd'hui sept semaines qu'il a été vacciné et aucun symptôme constitutionnel ne s'est manifesté. Il y a donc lieu de croire qu'il ne s'agit pas ici d'un ulcère syphilitique, mais d'une manifestation strumeuse.

M. Gubler dit qu'il a vu beaucoup de cas analogues à la Maison municipale des nourrices. C'est surtout chez les enfants vaccinés de très-bonne heure que les pustules vaccinales prennent un grand développement, d'où résultent des ulcérations profondes ayant un très-mauvais aspect. Il a cru d'abord à des accidents syphilitiques, mais il a dû renoncer à cette idée, n'ayant observé aucun autre symptôme.

M. Larrey a vu des accidents analogues chez des jeunes soldats revaccinés. Les ulcères présentaient des symptômes comparables à ceux dont il est question. Ils étaient dus à la fatigue prématurée des bras chez les jeunes soldats.

M Depaul a examiné cet enfant avec intérêt, et il pense qu'il ne

s'agit pas, en effet, d'un ulcère vénérien. Il aurait néanmoins désiré connaître l'origine de cette affection et connaître quelques détails relativement à l'enfant vaccinifère.

M. ALPH. GUÉRIN reconnaît qu'il y a en effet, quelque obscurité sur ce point, mais il communiquera de nouveaux renseignements à l'Académie s'il peut en obtenir.

Ovariotomies. Emploi des pinces hémostatiques. — M. KŒBERLÉ, de Strasbourg, entretient l'Académie d'un procédé d'hémostase pratiqué à l'aide des pinces hémostatiques dont il est l'inventeur. Ces pinces agissent d'après le principe d'une compression excessive et produisent ainsi l'hémostase définitive des vaisseaux divisés par dessiccation des parties pincées. Leur usage qui avait d'abord été limité à l'ovariotomie peut s'appliquer à la pratique de toutes les opérations chirurgicales.

Cette présentation fournit à M. Kœberlé l'occasion de faire connaître à l'Académie le résultat de sa pratique pendant ces dernières années. Depuis les événements qui ont séparé l'Alsace de la France on l'a cru disparu de la scène scientifique et on insinue que le résultat de ses opérations n'était pas avouable. Comme il le dit, lui-même, M. Kœberlé reste debout et il a été constamment en progrès depuis l'encouragement qu'il a reçu de l'Académie il y a 15 ans. Dans le courant des trois dernières années il a fait 60 opérations relatives à des kystes ovariques et parovariques et il a obtenu 56 guérisons. Il y a eu quatre morts et l'une des opérées en parfaite voie de guérison a succombé à une bronchite. Ces résultats sont trop remarquables pour n'être pas signalés d'une manière particulière.

(*Séance du* 7, *du* 14, *du* 21 *et du* 28 *novembre* 1876.)

Dr LUTAUD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Glycosurie consécutive à la cessation de l'allaitement. — M. GUBLER rapporte en quelques mots l'observation d'une malade de son service qui venait d'accoucher, et nourrissait elle-même son enfant. Ayant été atteinte d'une pleurésie légère, elle dut cesser d'allaiter, et aussitôt on découvrit dans ses urines la présence d'une quantité très-appréciable de glycose. Tous les réactifs habituellement employés, en particulier la liqueur de Luton, la liqueur cupro-potassique, la potasse isolée ou le mélange de potasse caustique et le sous-nitrate de bismuth ont indiqué la présence du sucre dans ces urines. M. Gubler, à cette occasion, fait observer que la liqueur de Luton qui,

comme on sait, est une solution concentrée de bichromate de potasse et d'acide sulfurique, est un excellent réactif pour déterminer la présence des matières ternaires. Il semble que cette liqueur et la liqueur cupro-potassique indiquent des proportions plus considérables de matières que la potasse isolée ou le mélange de potasse caustique et de sous-nitrate de bismuth.

Revenant à la malade qui fait le sujet de cette communication, M. Gubler émet quelques considérations sur la glycosurie qui apparaît dans des cas analogues. Cette glycosurie ne se produit que dans les cas où la cessation de l'allaitement est causée par une maladie légère, ne troublant pas les grandes fonctions. Il faut également, pour qu'elle apparaisse, que l'art n'intervienne pas. En effet, si une femme cessant de nourrir pour une cause légère, des fissures du mamelon, par exemple, on lui administre aussitôt des purgations, le phénomène de la glycosurie ne se manifeste pas, et voici comment M. Gubler explique ce fait. Lorsqu'une femme cesse d'allaiter en pleine production de lait, il en résulte un défaut d'équilibre entre cette production et la dépense qui n'a plus lieu ; et alors apparaît la glycosurie. Si vous remplacez la sécrétion mammaire par une hypercrinie du côté de l'intestin, la glycosurie n'a plus de raison de se produire.

Etant connue la composition du lait, pourquoi, lorsque la sécrétion lactée s'arrête, ne voit-on pas apparaître l'albuminurie en même temps que la glycosurie ? Ce fait se trouve expliqué par plusieurs raisons. D'abord le lait de la femme est riche en sucre, en lactose, et pauvre en caséum et en beurre. Lorsque l'allaitement est supprimé, ce sera donc surtout du sucre qui se dégagera. En outre, le sucre est un corps dialysable qui passe facilement dans le sang, et du sang dans les urines. L'albumine, au contraire, est un corps non dialysable, un *colloïde*. En supposant même que le lait de femme fût aussi riche en albumine que celui de brebis, par exemple, il serait encore possible, d'après cela, qu'il ne se produisît pas d'albuminurie.

La glycosurie, qui se produit dans ces cas, est habituellement légère, facile cependant à déterminer par les moyens que nous possédons. Elle apparaît généralement vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus après la cessation de l'allaitement, et ne dure que cinq, six, sept ou huit jours au plus.

En terminant, M. Gubler présente également quelques considérations sur la glycosurie des femmes grosses. Il semble, dit-il, que la glycosurie, dans ces cas, exprime une sorte de tâtonnement d'une fonction prochaine. On sait que ce sont les primipares qui sont généralement le plus exposées aux complications de la grossesse. Ce sont elles aussi qui présentent le plus souvent de la glycosurie dans le cours de leur grossesse.

M. Cl. Bernard admet, comme M. Gubler, que la glycosurie des femmes qui cessent d'allaiter est une sorte de débordement de la glycose dans le sang, et de là dans les urines. Mais il y a, suivant lui, dans la très-intéressante communication de M. Gubler, un léger desideratum que M. Cl. Bernard voudrait voir éclaircir. Il faudrait démontrer que c'est bien du sucre de lait, et non du sucre provenant du foie, qu'on trouve dans les urines en pareil cas, et donner alors à ce phénomène le nom de *lactosurie*.

M. Gubler comprend parfaitement la très-juste observation de M. Cl. Bernard, mais il fait remarquer que cette distinction est peut-être bien difficile à faire, s'il est démontré que le sucre de lait se comporte vis-à-vis des réactifs absolument comme les autres sucres.

(*Séance du* 11 *novembre*, 1876, *Gaz. hôp.*)

Suite de la discussion sur la glycosurie des nourrices qui cessent d'allaiter. — M. Gubler, à l'occasion du procès-verbal, complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance.

Il rappelle avoir dit que la glycosurie, apparaissant dans ces conditions, durait généralement une huitaine de jours à moins que l'art n'intervînt. Or, cette malade ayant été atteinte d'une pleurésie légère, M. Gubler lui fit appliquer un vésicatoire volant. Le lendemain du jour où fut faite cette application, son urine ne contenait plus la moindre trace de sucre. Ainsi, sous l'influence de cette simple phlogose provoquée dans un point très-limité, la glycosurie a complètement disparu chez cette malade.

M. de Sinety fait observer que ce cas vient à l'appui des idées qu'il a émises au sein de la Société sur ces questions, à savoir que lorsqu'il y avait destruction de l'équilibre entre la production et la dépense de lait chez une nourrice, il se produisait aussi de la glycosurie. Ce fait étant constaté, il reste à démontrer que ce sucre est bien du sucre de lait. Or, d'après les expériences entreprises à ce sujet, par M. de Sinety, cela semblerait extrêmement douteux. En effet, si ce sucre provenait réellement de la mamelle, le sang sortant de cet organe devrait être plus riche en sucre que le sang y arrivant, c'est-à-dire le sang artériel. Or c'est précisément le contraire que M. de Sinety a constaté et de la façon la plus manifeste dans ses expériences : le sang provenant de l'artère est plus riche en sucre que le sang provenant de la veine.

M. de Sinety se garde de tirer de ce fait, pour le moment, aucune conclusion générale ; il se contente de le signaler. (*Séance du* 18 *nov.* 1876, *Gaz. Hôp.*)

Fœtus dont la tête a été écrasée entre deux tumeurs du placenta, par MM. Coudereau et Hottenier.

M. Coudereau, auteur d'une précédente communication à ce sujet, dans la séance du 29 janvier dernier (1), avait présenté les pièces intactes, annonçant que la nature de ces tumeurs serait l'objet d'une étude ultérieure.

Il résulte de l'examen histologique confié à M. E. Hottenier, que ces tumeurs, dont la nature inconnue pouvait se rapporter à une production hétéromorphe, sont tout simplement deux cotylédons plus ou moins altérés dans leur forme et leur structure.

Comme l'altération de structure n'a pas d'influence mécanique appréciable du côté du crâne fœtal, c'est surtout dans l'altération de forme des cotylédons et dans leurs rapports anatomiques qu'il faut chercher les conditions du phénomène.

Du côté de l'utérus, on se rappelle que les deux tumeurs correspondaient à une corne utérine, c'est-à-dire à une sorte d'entonnoir où les engageait une insertion placentaire spéciale. C'est dans cette dépression qu'elles ont dû se développer vicieusement en même temps que le crâne fœtal maintenu dans un sillon intermédiaire.

Du côté du fœtus, on sait aussi avec quelle exactitude le crâne était emboîté et enfoncé en manière de coin ou de pyramide entre les cotylédons et leur sillon.

La constatation de ces rapports suffit pour expliquer comment, la tête fœtale et le placenta se développant parallèlement et se comprimant réciproquement, il s'est produit une sorte d'engrenage vivant aboutissant à une double déformation du placenta et du crâne fœtal.

M. E. Hottenier communique le résultat de l'examen histologique des tumeurs placentaires.

Les deux petites tumeurs incisées présentent l'apparence du tissu placentaire et font corps avec le reste de l'organe. Après durcissement dans la gomme et l'alcool, des coupes sont pratiquées dans l'une et l'autre tumeur. Le tissu est plus friable que dans un placenta normal ; les villosités, ordinairement agglutinées, se détachent les unes des autres et forment de nombreux îlots. Par suite, difficulté d'obtenir des coupes entières.

Après coloration dans le picro-carmin et conservation dans la glycérine, on constate à l'aide du microscope les caractères suivants :

Villosités : l'épithélium qui les borde ne présente pas d'altération sensible. Le tissu conjonctif des gros troncs villeux, c'est-à-dire près de la base choriale, au lieu d'avoir des cellules moins aiguës, dont

(1) *Annales de Gynécologie*, numéro de mars 1876, p. 224.

les prolongements ont disparu en partie comme s
sur eux-mêmes. Dans les branches terminales de
cellules de tissu conjonctif sont, comme à l'état n
ment ovalaires et sans prolongements. L'altératio
sur les vaisseaux : ils sont manifestement oblité
toute l'étendue de la villosité. Les capillaires not
perceptibles ou remplacés par une tache jaune s
seaux gros et moyens ont subi une diminution c
leur calibre. Leurs lumières sont le plus souvent
bouchon de cellules conjonctives, sans doute celles
plus ou moins adossées, et il n'y a aucune trace de
ou de globules.

Caduque utérine. Elle est sensiblement analogue à
placenta normal à terme. Çà et là quelques amas gra
état plus ou moins avancé de dégénérescence. Quelq
seaux et sinus contiennent un caillot fortement cond
globules sanguins petits et déformés.

Lacs sanguins intermédiaires. Les espaces inter-utéro
tiennent extrêmement peu de sang à l'état de caillot
friable. Presque partout la fibrine fortement coagulée
laisse échapper des globules sanguins très-petits et parfo
qui nagent librement dans la glycérine de la préparati
cette sécheresse et à cette friabilité d'un caillot très-restre
bilité bien moins marquée d'ordinaire, qu'il faut attribu
facile segmentation des coupes. Enfin on trouve aussi de
graisseux venant peut-être du bord de la caduque.

En résumé ces deux tumeurs, qui ne sont autre chose
cotylédons déformés et séparés par un sillon profond, prése
altérations habituelles des placentas d'avortement avec dé
cence graisseuse et oblitération vasculaire, dans les cas où
décés du fœtus est assez éloigné de l'expulsion.

(*Séance du 25 novembre 18*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Métrorrhagie. — Transfusion. — M. Moutard-Martin : L'ordre
jour étant peu chargé, je dirai quelques mots d'une transfusion
a été faite dernièrement dans mon service, à Beaujon, et qui a parf
tement réussi. D'ailleurs, l'observation plus détaillée en se
donnée.

Il s'agit d'une femme qui venait de faire une fausse couche à cin
mois de grossesse, et qui fut prise, à la suite d'une hémorrhagie

... malade a affaiblissement de jour en
... dus aux troubles de la

...es fréquentes de
...che que le bibe-
...se nourrice, sont
...ar la mère elle-

...femmes soient
...at au congrès
...liminant les
...les causes de

...ins français
...nis.

... de l'homo-
...fants, il est

..., mais les
...ent, telles

...id, mais
...nourrit
...cessive-

...le lait
...ds : la
...ques-
...riture
...rrive
... lait
...par-
...des
...che-
...n.
...air
...uit

...nt
...ts
...on
...lo

...s
...e
...it

moins leurs enfants que les femmes des autres pays. M. Proust énumère certaines conditions indispensables dans les cas où l'alimentation artificielle est nécessaire. Il émet le vœu qu'une ferme d'allaitement, où des expériences pourraient être tentées, soit créée aux environs de Paris. M. Bencke (de Marbourg) pense aussi que les maladies chroniques des voies digestives sont dues à un vice de l'alimentation ; il insiste sur la nécessité d'enseigner aux jeunes médecins l'art de soigner les enfants et de veiller sur leurs fonctions nutritives. Il recommande certaines substances pouvant, dit-il, remplacer le lait de vache. M. Houzé (de l'Aulnoit) croit que l'une des causes de mortalité les plus graves pour les enfants nouveau-nés est l'usage qu'ont certaines mères d'administrer à leurs enfants le *dormant*, qui n'est autre chose qu'une décoction de pavots.

Par contre, M. Kuborn et M. Bertillon ne croient pas que l'entérite fasse mourir le plus d'enfants, et que les maladies d'alimentation soient plus fréquentes et plus graves que les autres maladies. M. Bertillon soutient que les influences du froid et du chaud sont très-funestes aux petits enfants. Les pays du Nord et ceux du Midi en perdent beaucoup. D'ailleurs, il existe, dit M. Bertillon, une série d'autres influences qu'on ne pourra connaître exactement qu'après une longue enquête dans tous les pays de l'Europe. M. Bertillon fait remarquer de plus que la mortalité des enfants est considérable en France et qu'on en ignore les causes. Les statistiques des « mort-nés » sont absolument inexactes ; en Angleterre, on n'inscrit pas même les mort-nés, non plus que les enfants débiles qui meurent dans le premier mois.

L'inexactitude de la statistique rend très-difficile l'appréciation des résultats que peut donner dès aujourd'hui une surveillance plus efficace de l'industrie nourricière.

MM. Despaulx-Ader et du Mesnil font l'éloge de la société protectrice de l'enfance ; ils soutiennent, contrairement à M. Brochard, que rien n'est négligé pour rendre le fonctionnement de l'industrie nourricière aussi parfait que possible. Mais en France, comme en bien d'autres pays, il faut surtout critiquer les lois qui font retomber sur la femme seule toutes les charges et toutes les misères, et qui affranchissent les hommes du devoir de la paternité. Telle est, du moins, l'opinion de M. Bertillon. Sans aller plus loin, M. Dunant voudrait que l'on établît partout, comme à Genève, des écoles où l'on enseignât aux femmes ce qu'il leur importe de connaître pour bien élever leurs enfants. M. Houzé (de l'Aulnoit) recommande d'empêcher les femmes de reprendre leur travail avant un nombre de jours nécessaires, et, dans ce but, il propose la création de caisses de secours. Il s'élève contre l'institution des *tours* dont, au contraire, M. Constantin Paul montre certains avantages très-réels. Enfin M. Janssens émet le

vœu que l'on enseigne dans les écoles de jeunes filles les devoirs que celles-ci auront à remplir quand elles seront mères, comme on y enseigne les principes de l'hygiène. Il demande de plus que l'Église reconnaisse, comme l'a déjà reconnu l'administration, les dangers de faire sortir trop tôt pour leur baptême, les enfants nouveau-nés ; il termine en proposant que le Congrès établisse, avant de se séparer, les bases d'une statistique internationale de la mortalité des enfants âgés de moins d'un an.

Sur l'avis de MM. Bertillon et Crocq, une commission, comprenant un membre appartenant à chacun des pays d'Europe, est nommée pour étudier cette question. Cette commission est ainsi composée : MM. Janssens (Belgique), Bertillon (France), Bencke (Allemagne), Schleisner (Danemark). Van Cappelen (Pays-Bas), Brok (Suède et Norwége), Dunant (Suisse), Hardwich (Angleterre), Froben (Russie), Patrubanz (Autriche-Hongrie).

En résumant la discussion, le Dr Kuborn fournit un tableau indiquant le chiffre de la mortalité des jeunes enfants pendant la première année, dans les principaux pays de l'Europe.

Sur 1,000 enfante il en meurt :

En Suède	153
En Danemark	156
En Écosse	156
En Angleterre	170
En Belgique	186
En Hollande	211
En France	216
En Prusse	220
En Espagne	226
En Suisse	252
En Italie	254
En Autriche	303
En Russie	311
En Bavière	372

Puis il soumet à l'assemblée quinze conclusions, dont les suivantes seulement sont adoptées :

3° Etablir une organisation complète de l'assistance publique.

4° Favoriser l'alimentation maternelle par des secours à domicile aux femmes et aux filles pauvres pendant une durée à déterminer par les circonstances. (M. Fauvel insiste sur ce point et propose l'institution de primes.)

7° Provoquer partout la création de Sociétés protectrices de l'enfance ; soutenir ces institutions et leur venir en aide par des subsides.

9° Installation en dehors de l'enceinte des villes, à la campagne, des hôpitaux spéciaux pour les maladies de l'enfance, où seraient reçus les jeunes enfants qui ne se trouveraient pas chez eux dans des conditions hygiéniques suffisantes.

10° Multiplier, en les soumettant à une surveillance médicale et administrative sévère, les salles d'asile et les écoles gardiennes.

12° Que l'hygiène soit enseignée dans l'école et fasse partie des notions obligatoires.

15° Multiplier les crèches, etc.

(*Séance du 27 du 28 et du 29 Septembre 1876.*)

Dr A. Lutaud.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE.

Le corps médical américain avait eu l'excellente idée d'organiser un Congrès international, qui réunirait à Philadelphie un grand nombre de médecins, à l'occasion de la célébration du centenaire de l'Indépendance américaine. Nous avons fait connaître à nos lecteurs le programme de cette fête scientifique à laquelle ont pris part des savants de tous les pays. Nous allons aujourd'hui donner un compte-rendu sommaire des travaux qui ont été présentés à la section d'obstétrique et de gynécologie.

Cette section a tenu trois grandes séances et a été successivement présidée par MM. Robert Barnes (de Londres), Simpson (d'Edimbourg), et Goodhell, (de New-York).

Questions à l'ordre du jour : 1° Causes et traitement des hémorrhagies non puerpérales de l'utérus; 2° traitement des tumeurs fibroïdes de l'utérus; 3° nature, causes et prévention de la fièvre puerpérale :

Première question : **Causes et traitement des hémorrhagies non-puerpérales de l'utérus.** — Le rapporteur M. H. Byford émet les propositions suivantes :

1° Les conditions qui produisent la menstruation sont les causes des hémorrhagies utérines non puerpérales;

2° Ces hémorrhagies ne sont le plus souvent qu'une exagération de ces conditions;

3° Les causes ont pour origine tantôt le système nerveux, tantôt le système vasculaire;

4° Ces causes agissent, soit en activant le cours du sang dans les vaisseaux utérins, soit en retardant l'afflux du sang dans ces vaisseaux.

Deuxième question : **Traitement des tumeurs fibroïdes de l'utérus.** — Cette question est longuement traitée par le rapporteur, M. Wa-

SHINGTON ATLEE, d'après un grand nombre d'observations personnelles. L'auteur établit deux principales divisions dans son sujet :

1° *Les tumeurs qui s'accompagnent habituellement d'hémorrhagie*, et qui comprennent : (*a*), fibroïdes occupant le canal vaginal ; (*b*), fibroïdes contenus dans la cavité utérine ; (*c*), fibroïdes interstitiels sous-muqueux ; (*d*), fibroïdes interstitiels simples ; (*e*), fibroïdes récurrents.

2° *Les tumeurs qui ne sont pas accompagnées d'hémorrhagie*, et qui comprennent : (*a*), fibroïdes interstitiels sous-péritonéaux ;)*b*), fibroïdes péritonéaux sessiles ; (*c*), fibroïdes péritonéaux pédonculés ; (*d*), fibroïdes cervicaux interstitiels ; (*e*), fibro-kystes de l'utérus.

Troisième question : **Fièvre puerpérale.** — Après avoir remarqué que l'expression de fièvre puerpérale est un terme vague et mal défini, le rapporteur, M. WILLIAM LUSK établit une distinction importante et admet deux formes de fièvre puerpérale : une *non infectieuse* et une *infectieuse*.

La forme non infectieuse reconnaît pour causes : (*a*), traumatisme ; (*b*), adhérences péritonéales anciennes ; (*c*), inobservance des lois de l'hygiène ; (*d*), influences mentales.

La forme infectieuse est une maladie septique, et les lésions locales sont généralement le point de départ de l'affection. Néanmoins, le poison peut pénétrer dans l'organisme par d'autres voies.

De l'électrolyse et de son application au traitement des kystes ovariens, par le D[r] SEMELEDER. — Après quelques remarques générales sur les applications thérapeutiques de l'électrolyse, M. SEMELEDER appelle l'attention sur un point important relatif à l'action particulière de chaque pôle. Il dit que le pôle négatif et le pôle positif n'agissent pas de la même manière sur les tissus et que des indications thérapeutiques très-diverses peuvent dériver de ce fait.

M. Semeleder a appliqué l'électrolyse à la guérison des kystes de l'ovaire, et il rapporte six observations dans lesquelles cette méthode a donné les plus beaux résultats. Ce procédé n'a provoqué ni douleurs, ni inflammation, ni adhérences, sans que les malades aient été anesthésiés. La guérison a été obtenue dans un espace de temps variant de un à cinq mois, et elle n'a pas été suivie d'aucun dérangement fonctionnel de l'organe. M. Semeleder termine en recommandant aux chirurgiens de toujours essayer ce procédé avant de recourir à la grande opération. Le traitement des kystes par l'électrolyse ne présente par lui-même aucun danger, il faut toujours l'appliquer et, dans les cas où il est impuissant pour produire la guérison, pratiquer l'ovariotomie.

Rétroversion de l'utérus gravide. — M. le D[r] ROCHESTER, de Buffalo, rapporte un cas de rétroversion qui survint entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse. La rétroversion était si com-

plète qu'il était impossible d'atteindre le col utérin. Après avoir vainement essayé de replacer l'organe, le Dr Rochester fit, sur l'avis d'un confrère, une ponction sur le fond de l'utérus renversé avec un trocart capillaire. Ce traitement donna les résultats les plus heureux et, trois jours après, le fœtus fut expulsé sans que la mère eut éprouvé le moindre accident.

Deux mois plus tard le redressement de l'utérus fut obtenu à l'aide de la sonde de Simpson et maintenu en place au moyen d'un pessaire. La guérison est aujourd'hui complète, mais la malade est restée stérile.

Le Dr Atlee fait remarquer que le traitement de l'inversion et de la rétroversion d'un utérus gravide par la ponction est rarement applicable et qu'on peut souvent obtenir une guérison relative par des procédés moins énergiques.

Enucléation des kystes de l'ovaire, M. le Dr J. Miner donne quelques détails sur ce procédé opératoire qui a été proposé il y a environ sept ans. Quoique bien accueillie par les chirurgiens, cette opération n'est pas devenue d'un usage général parce qu'elle n'a pas été bien comprise. Après avoir exposé les rapports anatomiques des kystes ovariens avec le péritoine et la facilité avec laquelle ces kystes peuvent être ouverts et énucléés, l'auteur dit que les craintes d'hémorrhagie pendant cette opération ne sont nullement fondées. Les vaisseaux capillaires du péritoine ne donnent qu'une quantité de sang insignifiante, et les autres vaisseaux peuvent être taris par la torsion ou la ligature. Dans l'énucléation on enlève la portion malade, on remet en place les tissus sains et il n'est pas nécessaire de conserver un pédicule, ni d'établir un drainage. L'énucléation des tumeurs ovariennes ne présente pas plus de difficultés que celle des autres productions kystiques de l'organisme.

M. Barnes dit que l'énucléation présente des avantages, mais qu'elle ne saurait être appliquée à tous les cas; il l'a pratiquée lui-même dans certaines circonstances difficiles. En général il a l'habitude de lier le pédicule et de le replacer dans l'abdomen, et il n'a jamais observé que cette pratique ait occasionné des accidents. Il est loin de condamner l'emploi de la ligature, mais il pense que le *clamp* offre plus de sécurité.

M. le Dr Peaslee, de New-York, ne considère pas les vaisseaux des kystes ovariens comme simplement capillaires et pense que certaines tumeurs multilobulaires peuvent donner lieu à de sérieuses hémorrhagies. Il a perdu une malade d'hémorrhagie à la suite d'une énucléation, parce qu'il n'a pu lier un vaisseau profondément situé dans le bassin. M. Peaslee pense que l'énucléation n'est pas avantageuse dans les kystes de petite dimension, mais qu'elle peut être utilement pratiquée dans les kystes volumineux qui adhèrent au foie.

L'espace nous manque pour rendre compte de tous les mémoires intéressants qui ont été présentés à cette section. Nous signalerons cependant les suivants : *De l'inversion chronique de l'utérus*, par le Dr James White ; *Des hémorrhagies utérines*, par le Dr Trenholme, de Montréal ; *De la température dans l'éclampsie et les convulsions*, par le Dr Holmes, de Chatham.

(*Séances des* 4, 5 *et* 7 *septembre* 1876).

Dr A. Lutaud.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus et leurs traitements, par le Dr Alfred de Chammard, ancien interne des hôpitaux du Havre (1).

L'auteur, dans une monographie de 84 pages, a eu surtout en vue de nous démontrer l'utilité, dans ces cas de déviation, du pessaire-levier de Hodge. Ayant observé dans le service de M. Gallard à la Pitié les résultats avantageux obtenus par ces pessaires dans ces déviations, il cherche à réagir contre le discrédit dans lequel les pessaires sont tombés en France depuis un certain nombre d'années et proclame hautement que, sous certaines formes et dans de certaines conditions, ces instruments peuvent rendre de réels services.

M. de Chammard étudie, dans des chapitres successifs, l'historique de la question, ce que l'on doit entendre par la version de l'utérus, les causes de ces déviations, leur fréquence, les symptômes, le diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion.

Le dernier chapitre comprend le traitement de ces déviations, c'est le chapitre le plus étendu et le plus important de la monographie que nous passons en revue.

M. de Chammard est d'accord avec la plupart des auteurs pour admettre que l'on ne doit guère tenter de replacer l'utérus qu'après que toute trace de processus inflammatoire a disparu. Mais comme il existe des cas où l'inflammation de l'utérus paraît être entretenue par la position vicieuse qu'occupe l'organe, nous pensons qu'il faut peut-être tenter le redressement de l'organe, avant la disparition complète de ces symptômes inflammatoires.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une malade atteinte de rétro-

---

(1) Thèse de Paris, 1876.

flexion ou de rétroversion le médecin doit se proposer de remplir deux indications principales :

1° Replacer l'utérus dans le cas de version ; le redresser dans le cas de flexion.

2° Le maintenir dans sa position normale. Il est bien entendu que pour pouvoir remplir la première indication, il faut que l'utérus soit réductible et n'ait point contracté d'adhérences solides avec les organes qui l'environnent.

L'auteur passe en revue la plupart des moyens employés pour atteindre ce but, et conclut que les tiges intra-utérines portées sur des supports ayant un point d'appui hors du corps sont inutiles et dangereuses.

Quant aux pessaires intra-utérins simples sans des supports extérieurs, il reconnaît qu'ils peuvent être de quelque utilité. Nous croyons que l'auteur aurait dû insister un peu plus sur l'usage de ces redresseurs, que nous avons peut-être tort de laisser de côté d'une façon trop systématique. En Angleterre et en Amérique, on emploie de nouveaux redresseurs, formés d'une tige de caouchouc qui, par son élasticité, est destinée à replacer l'organe dans sa position normale. Nos confrères de ces deux pays paraissent retirer, dans certains cas, des avantages marqués de ces instruments ; il est donc bon d'appeler l'attention de nos compatriotes sur l'usage de ces appareils.

Mais c'est au pessaire de Hodge qu'il a vu employer à plusieurs reprises dans le service de M. Gallard, que M. de Chammard consacre une étude plus approfondie. Ce pessaire est un véritable levier qui prend son point d'appui derrière la symphyse pubienne et presse par son extrémité postérieure sur la face postérieure de l'utérus rétroversé pour la repousser en avant. Nous avons eu l'occasion d'employer ce pessaire dans plusieurs cas de rétroversion. Lorsque l'utérus était mobile il nous a rendu des services signalés, nous devons dire cependant qu'il est des femmes, à utérus très-irritable, chez lesquelles l'instrument n'a pu être supporté. A. L.

Études pratiques sur l'urine normale des nouveau-nés (application à la physiologie et à la clinique), par le professeur Parrot et Albert Robin, interne et lauréat des hôpitaux de Paris.

En présence d'un nouveau-né malade, le médecin n'a à sa disposition qu'un petit nombre de moyens d'investigation ; c'est pour cela, disent les auteurs, qu'il n'en faut négliger aucun.

MM. Parrot et Robin ont tout d'abord déterminé exactement ce qu'est l'urine à l'état normal, ses variations physiologiques, surtout celles relatives à l'alimentation, puis ils en tirent quelques remar-

ques applicables à la physiologie de cet âge, et en particulier à la statique de la nutrition.

Des faits contenus dans leur très-intéressante étude, les auteurs formulent les conclusions suivantes :

1° L'urine normale du nouveau-né est incolore, inodore, mobile, d'une grande réfringence, claire et limpide, d'une densité moyenne de 1003 à 1004.

La quantité rendue en vingt-quatre heures du sixième au trentième jour, varie de 100 à 1300 mètres cubes.

L'émission du matin est de 18 à 30 centimètres cubes.

Un nouveau-né urine quatre fois plus qu'un adulte par 1 kilogramme de poids.

2° Pendant les deux premiers jours l'urine est plus colorée, plus rare, plus dense et quelquefois opalescente.

Elle offre les mêmes caractères chez les enfants dont l'alimentation est défectueuse.

Le sexe, l'âge et la température n'exercent aucune influence sur ses caractères physiques.

3° Elle n'est pas sédimenteuse, mais par le repos elle laisse déposer une très-minime quantité d'éléments anatomiques, à savoir : des cellules de la vessie, de l'urèthre, du vagin et plus rarement dans les premiers jours de la vie, des cellules détachées des tubes de Bellini.

Dans des circonstances tout à fait exceptionnelles l'urine peut donner un très-léger dépôt de cristaux d'acide urique, ou d'acétate de chaux, ou d'urate de soude (urine du premier jour, alimentation insuffisante et vicieuse, etc.).

Les ferments végétaux paraissent s'y développer plus rapidement que chez les adultes.

4° Elle a une réaction neutre au papier de tournesol.

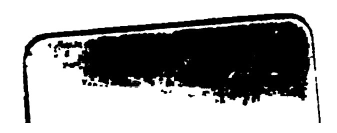
L'acidité de l'urine indique le plus souvent un intervalle trop long entre les tétées et dans un certain nombre de cas, peut mettre sur la voie d'un état pathologique.

5° Elle contient par litre 3 gr. 03 d'urée, soit 0 gr. 80 par kil., chez un enfant de 3850 grammes.

Mais dans les vingt-quatre heures, le nouveau-né de onze à trente jours rend environ 0 gr. 91 d'urée, soit 0,23 par kilogramme de son poids.

6° L'âge, le poids et la température, influencent probablement la quantité d'urée : lorsque les urines de deux enfants dont l'âge, le poids et la température diffèrent, présentent des quantités inégales d'urée, avant d'expliquer cette différence, par un état pathologique, on devra s'assurer que l'excédant d'urée dépasse les limites que les auteurs ont fixées pour les variations qui sont dues à ces causes.

7° Il existe un rapport constant entre la quantité d'urée, la



couleur et la réaction de l'urine ; de telle sorte que l'inspection et la réaction de celle-ci permettent d'apprécier cliniquement la proportion d'urée sans réactif et sans dosage.

8° Il existe normalement dans l'urine des nouveau-nés, des traces d'acide urique, mais elles échappent à tout dosage.

l'urine des premiers jours en renferme davantage.

9° Elle ne contient pas de matières extractives cliniquement appréciables, mais elle renferme de l'acide hippurique et de l'allantoïne.

10° Dans aucune circonstance, l'urine normale du fœtus ne renferme d'albumine.

11° On y trouve des chlorures et des phosphates dont les quantités varient suivant l'âge et l'alimentation ; des sulfates, de la chaux, de la magnésie, de la potasse et de la soude.

12° Elle n'exerce aucune action réaductrice sur la liqueur de Bareswill.

13° Le nouveau-né ingère en vingt-quatre heures et par kilog. de son poids, deux fois plus d'azote que l'adulte, et rend six fois moins par l'urine, quoiqu'il fixe au moins autant d'oxygène, il brûle donc moins, tout en absorbant plus de combustible et au moins autant de comburant.

Cet excès de l'assimilation sur la désassimilation, expérimentalement démontré, est en rapport avec l'augmentation journalière du poids, augmentation à laquelle doit prendre part une partie de l'oxygène absorbé.

14° Le nouveau-né n'excrète moins de chlorures que l'adulte que parce qu'il en ingère une quantité beaucoup plus faible.

15° Les variations de l'urée, suivant l'âge, le pouls et la température, sont facilement explicables par les modifications exercées par la nutrition par les influences.

16° Quand l'urée d'un nouveau-né est modifiée dans l'un de ses cacaractères au delà des limites que MM. Parrot et Robin ont tracées, il faut songer d'abord à une irrégularité dans l'alimentation, ensuite à un état morbide.

17° Il existe des circonstances où, d'après le mode de groupement des altérations de l'urine, on peut préciser l'existence d'un état pathologique spécial et d'un symptôme particulier (œdème des nouveau-nés, diarrheés, etc.).

18° Dans d'autres cas, l'étude des urines permet de préciser l'apparition prochaine d'accidents déterminés, tel que l'œdème, l'athrepsie etc...

En effet, une lésion de nutrition précède évidemment l'apparition des signes externes de ces affections, et l'enfant est déjà malade alors

qu'aucun symptôme ne révèle au dehors cet état de souffrance dont les altérations de l'urine donnent la mesure.

19° Si dépassant le domaine de la pathologie humaine, on entre dans celui de la médecine vétérinaire, on peut y transporter les remarques produites sur les malades.

REVUE DES JOURNAUX

Ponctions de l'utérus. Le D Stickney rapporte qu'il a été appelé à plusieurs reprises par la même dame pendant une période de cinq à six mois pour lui donner des soins à l'occasion d'une suppression de règles. Suppression qui, au dire de la patiente, était le résultat d'un bain froid qu'elle avait pris immédiatement au moment où la période menstruelle allait survenir, et qui d'après elle ne pouvait être due à une autre cause ; les cathartiques, les emménagogues, etc., ne produisirent aucun résultat. N'ayant pas vu ni entendu parler de sa malade pendant près de deux mois, M. Stickney ne croyait pas devoir en entendre parler de nouveau, quand il fut mandé une nuit, auprès d'elle. Il apprit qu'elle avait été soignée par un médecin qui avait diagnostiqué une tumeur qui ne pouvait être guérie que par la ponction et qui, en conséquence, avait pratiqué la ponction à deux reprises différentes et avait déclaré qu'il faudrait faire une nouvelle ponction le lendemain du jour ou le D[e] Stickney fut appelé.

Celui-ci reconnut bientôt que la suppression des menstrues était due à une grossesse et que l'accouchement était imminent. Lorsqu'il annonça à l'enrouage ce qu'il en était, la patiente et ses amis s'écrièrent que cela n'était pas possible, et que le docteur se trompait assurément, mais bientôt un enfant vivant fut expulsé, et la patiente continua à soutenir que la cause de la tumeur était un mystère pour elle.

La conclusion pratique de ce fait, c'est qu'un trocart ordinaire peut être plongé impunément dans l'utérus, le liquide amniotique évacué à plusieurs reprises sans donner d'autre accident qu'une délivrance prématurée.

(*Boston med. and Surg. Journ.*, 27 juillet 1876.)

Symptomatologie de l'ulcération utérine.

Le D[r] Halton a publié dans le numéro de juin 1876, de *Dublin Journal of med. Sciences*, un article sur les ulcérations de l'orifice et de la

surface du col utérin, dans lequel il attire l'attention sur un symptôme qu'il a vu rarement manquer dans l'affection dont il s'occupe. Lorsque ce symptôme se présente chez une femme mariée qui a eu des enfants, ou qui a eu un avortement, on doit immédiatement songer à faire l'exploration de l'utérus, si les troubles gastriques ou du côté de la tête ne sont pas amendés sous l'influence d'un traitement ordinaire. Le signe en question réside dans une insensibilité de l'une des hanches et le plus souvent à gauche, il débute par la fesse et s'étend jusqu'à la jambe. Il est rare qu'il se rencontre en même temps dans le bras. C'est un symptôme très-marqué et qui ne permet pas le doute lorsqu'il existe, quelques malades déclarent qu'elles ne perçoivent pas le contact de la main, quand elles la placent sur la fesse.

Quelquefois il s'accompagne d'une sensation de piqûre ou de brûlure semblable à celle des orties.

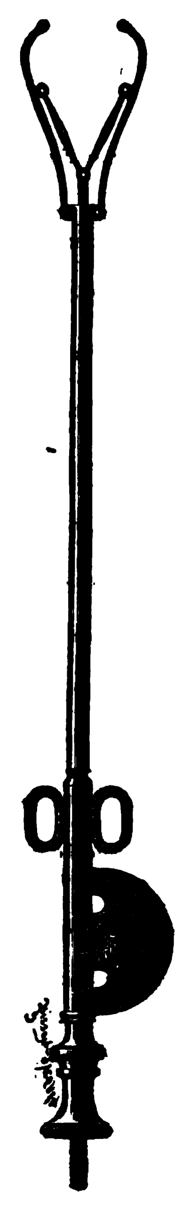
On rencontre aussi très-fréquemment une certaine sensibilité à la pression, au niveau de l'ovaire qui correspond au côté affecté.

Si l'on rencontre ces symptômes, l'examen du spéculum nous révèlera ordinairement une ulcération de l'orifice et de la surface du col.

La diminution et la disposition de ces symptômes indiquent l'approche de la guérison, même avant que l'altération locale présente une amélioration sensible.

VARIÉTES

Cervimètre du Dr Chéron. — L'examen du col utérin à l'aide du spéculum opéra au commencement du siècle une véritable révolution dans la connaissance et le traitement des affections de l'appareil génital de la femme. Cependant le service rendu par ce nouveau moyen d'exploration fut exagéré par quelques-uns, et incomplètement apprécié par d'autres, de sorte que l'on voit même quelquefois à notre époque réagir contre l'utilité des renseignements fournis par cet instrument dans le diagnostic des affections utérines. C'est que, la plupart du temps, on croit ne pouvoir demander à l'examen du col à l'aide de l'œil que la notion de l'existence ou de l'absence d'une ulcération, ou la coloration; la forme de l'organe et celle de l'orifice, la couleur du mucus qui s'en écoule, le volume mesuré par les diamètres sont autant d'éléments qui apportent au diagnostic le contingent le plus précieux.



De tous ces éléments, les variations snbies par l'organe sous l'influence des règles, de la grossesse ou de diverses affections qui peuvent l'atteindre sont les parties du diagnostic que l'œil apprécie, mais ne peut déterminer d'une façon précise que la forme et la coloration.

M. Chéron a fait depuis quelques années, dans le but de déterminer le mode d'altération du col, des tentatives de mensuration de cet organe qui ont abouti à la création d'un instrument auquel il a donné le nom de cervimètre. Cet instrument construit par M. Collin est un véritable compas d'épaisseur, facile à manier dans le spéculum, et sur le manche duquel se lit aisément la mesure de la course de ses deux branches mensuratrices,

Il se compose d'une tige creuse dans l'intérieur de laquelle chemine une tige pleine, mue par une vis à sa partie inférieure, et fixée par son extrémité supérieure à deux bras du levier qui déterminent l'écartement des deux branches du compas. Une roue dentée à laquelle est fixée une aiguille, qui parcourt un cadran divisé, est liée aux mouvements de la tige centrale qui écarte ou rapproche les deux branches.

L'écartement maximum donné à ces deux branches est de 6 centimètres, jusqu'à ce jour, M. Chéron n'ayant pas observé col utérin dont le diamètre fût plus considérable.

A l'aide de cet instrument, il est facile de constater et de préciser l'augmentation de volume que le retour des règles et la grossesse impriment au col utérin. Il est facile aussi de préciser cette même augmentation dans la congestion utérine, l'engorgement, la métrite, etc., ainsi que de démontrer l'involution incomplète de l'utérus après l'accouchement, et l'époque exacte à laquelle cette involution se termine ; enfin, à l'aide du cervimètre, on peut suivre graduellement la diminution du volume, le travail de décongestion que les divers moyens de traitement, cautérisation, astringents, électricité, etc., font subir à l'appareil utéro-ovarien.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Eclampsie coïncidant avec le travail de l'accouchement, par FOURNAISE. (*Gaz. hebd.*, 3 novembre 1876, p. 692.)

Abcès fébrile, de cause inconnue, chez une femme affectée de polype de l'utérus. (Hôptial de la Charité, service de Gosselin. *Gazette des hôpit.*, 4 novembre 1876.)

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus, par DUPUY. (*Progrès méd.*, n°s 41 et 46, 1876.)

Kyste du vestibule de la vulve; ablation ; guérison, par FOURNAISE. (*Soc. anat.*, juin 1876. *Progrès méd.*, 11 nov. 1876, p. 783.)

De la cure du rachitisme par le lait de chienne, par le Dr BERNARD (de Montbrun). (*Gaz. hebd.*, 1876, n° 2.)

Quelques notes sur l'enseignement des accouchements, à Vienne. (*Progrès méd.*, 15 juillet 1876.)

Quelques faits de masturbation chez les enfants en bas âge. (*Revue scientifique* et *Journ. des sages-femmes*, 1876, p. 77.)

Note sur un cas d'utérus bicorne, par DREYFOUS. (*Société. anat.*, *Progrès méd.*, 1876, 20 mai.)

De l'abus de la médication iodique chez les enfants, par LEGENDRE. (*Gaz. obst.*, 1876, p. 152).

Des altérations de la sécrétion lactée par causes morales, par VERRIER. (*Gaz. obst.*, 1876, n°s 8, 9, 10).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Des tractions soutenues ou continues appliquées au forceps, par le Dr WASSEIGE. Manceaux, éditeur; Bruxelles, 1876.

Lymphatiques utérins et parallèles entre la lymphangite et la phlébite utérine (suite de couches), par J. FIOUPE, thèse de Paris, 1876. J.-B. Baillière, éditeur.

Vaginal ovariotomy, par le Dr Clefton E. WING. Travail extrait de *The Boston medical and surgical Journal*, 2 novembre 1876.

Observation obstétricale, par le Dr WASSEIGE. Manceaux, éditeur; Bruxelles, 1876.

Embryotomie, embryuclie, par le Dr FAYE, de Christiania.

Della amputazione utero-ovarica come complemento de taglio cesares, par le Dr Eduardo PORRO. Milan, 1876.

Contribution à l'étude des presentations de la face, par le Dr Adolphe CARPENTIER. J.-B. Baillière, éditeur, thèse de Paris, 1876.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME VI

Juillet à Décembre 1876.

A

Abcès rétro-utérin (Un cas d'—), 293.
Ablation de l'utéruns (Deux observations d'— inversé par la ligature élastique), 161.
Académie de médecine, 42, 130, 204, 300, 379, 449.
Acide chromique, 305.
— salicilique (De l'emploi de l'— dans la pratique obstétricale), 237.
— picrique (Emploi de l'— dans le lésions du mamelon pendant la lactation), 77.
Accouchement, 284.
— (Déchirure d'un large lambeau du col de l'utérus pendant le travail de l'— chez une femme dont le bassin était rétréci ; fistule vésico-vaginale consécutive), 133.
— (Cinq enfants en une seule couche), 238.
Affections utérines (De l'influence de la position dans le traitement de certaines —), 220.
Alimentation des nouveau-nés (Discussion sur l'—), 379.
Allaitement, 452.
Anesthésiques dans les accouchements (De l'emploi des —), 381.
ARLES, 310.
Association française pour l'avancement des sciences, 309.
— médicale anglaise, 220.
Atrésie utérine (De l'— et des cicatrices douloureuses résultant de l'emploi des caustiques), 221.

B

BAILLY, 233.
BARKER, 73.
Bassin (La forme du — chez le fœtus et le nouveau-né et sa connexion avec celle qui se constate chez les adultes), 316.
BENICKE, 72.
BERJOAN, 396.
BISCHOFF, 396.
BLOT, 381.
BOISSARIE, 168.
BOUCHUT, 398.
BOUVERET, 156.
BOZEMAN, 106.
Bulletin trimestriel des accouchements et des décès des nouvelles accouchées constatés dans les hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris, 80, 320,

C

Calcul vésical volumineux expulsé spontanément chez une femme enceinte ; fausse couche ; guérison, 70.
Canser (Etude clinique sur le — du corps et de la cavité de l'utérus), 313.
Catarrhe utérin (De l'emploi de l'ergotine dans le —), 395,
Cavité utérine (Sur l'histologie normale de la — quelques heures après l'accouchement), 217.
Céphalotripsie, 202.
Cervimètre, 470.
Chancre du col (Double contamination chancreuse du col, 241.
CHARPENTIER, 401.
CHARRIER, 77.
CHÉRON, 470.
Chirurgie antiseptique, 149.
Clinique chirurgicale (Leçons de —), 311.
Col de l'utérus (Déchirure d'un large lambeau du — pendant le travail de l'accouchement, chez une femme dont le bassin était rétréci ; fistule vésico-vaginale consécutive), 133.
— (Oblitération complète de l'orifice externe du — chez une primipare ; hystérotomie vaginale ; guérison), 296.

Congrès de Clermont-Ferrand, 309.
— international d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles, 458.
— international de Philadelphie, 462.
CORDES, 40, 257, 332.
Correspondance, 273, 425.
Cours d'accouchements, 399.
COURTY. 161, 310.
Crayons médicamenteux, 235.

D

DAROLLES, 419.
Déchirure du vagin (Etude sur les — et du périnée pendant l'accouchement), 284.
Déglutition (De la valeur de la — comme signe de la vie chez les enfants qui n'ont pas respiré), 309.
DELORE, 47.
DEMARQUAY, 67.
DE SINETY, 217.
Detroit review of medecine and pharmacy, 150.
Développement des organes génito-urinaires (Sur le —), 179.
DIDAY, 309.
DREYFOUS, 343.
DUBEST, 310.
DUBRISAY, 26.
DUNCAN, 194.

E

Eclampsie (Vingt attaques d'— ; primipare ; deuxième position; céphalotripsie ; guérison de la mère 202.
— puerpérale traitée avec succès par des injections hypodermiques d'ergotine, 203.
EDIS, 220.
Electrolyse (Création d'un vagin artificiel par l'—), 206.
— (De l'— et de son application au traitement des kystes ovariens), 463,
Enseignement obstétrical (Lettre sur l'— à Vienne), 273.
Epithélioma de l'utérus, 224.
Ergotine (De l'emploi de l'— dans le catarrhe utérin), 395.
Erythème des enfants, 217.
Esthiomène de la vulve, 384.

F

FAYE, 425,
FEHLING, 237, 315.
Fibroïdes intra-utérus (Note pour servir à l'histoire des —), 168.
Fibrôme Enorme — mou du col utérin ayant offert des particularités remarquables pour le diagnostic et pour l'opération ; guérison), 438.
Fièvre intermittente (De la — chez les enfants), 26.
— puerpérale, 463.
— puerpérale (Suite de la discussion sur les rapports existant entre la — et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre), 142, 224.
— puerpérale (De l'origine d'une épidémie de —), 232.
— puerpérale (De la prophylaxie de la —), 396.
Fistule vésico-vaginale (Du traitement des —) 106.
— (Déchirure d'un large lambeau du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, chez une femme dont le bassin était rétréci; —), 133.
— profonde, déjà opérée sans succès; opération; guérison, 198.
Fœtus (Description d'un — humain monstrueux du genre paracéphale), 99,
— (Transmission des médicaments de la mère au —), 72.
— dont la tête a été écrasée contre deux tumeurs du placenta, 455.
Forceps (Des instuments destinés à remplacer le — et des tractions mécaniques), 401.
FOURNIER, 241.
Frein de la langue, 233.

G

GELLÉ, 66.
Gerçures du mamelon (Note sur la nature et le traitement des —), 173.
GERELEITSCHENKO, 395.
Glycosurie consécutive à la cessation de l'allaitement, 452.
GODIN, 235.
GOODMAN, 234.
Grossesse (Comment il faut entendre la durée de la — quand on compte par époques cataméniales pour prédire approximativement le moment de l'accouchement), 33.
— (Calcul vésical volumineux expulsé chez une femme enceinte; fausse couche ; guérison), 70.
— (Influence de la — sur les maladies chirurgicales), 136.
— (De l'influence de la — sur certaines affections de l'oreille), 221.
GUENIOT, 57.

H

Hématocèle pelvienne (Diagnostic différentiel de l'— et du phlegmon pelvien), 73.
Hémorrhagie mortelle chez une femme enceinte, 388.
Herpès (Contribution à l'étude de l'—), 314.

HERRGOTT (Alphonse), 273.
HIME, 223.
HOUZÉ DE L'AULNOIT, 117, 309.
HUE, 1.
Hystérie (de l'—), 223.
— (Paralysie hystérique chez une petite fille de 8 ans, causée par la foudre), 222.

I

Ictère pendant la grossesse (De l'— et de ses effets sur la mère et l'enfant), 223.
Index bibliographique, 79, 160, 239, 316, 396, 472.
Injection sous-cutanée anti-hémorrhagique, 237.
Instruments, 156, 205, 300, 301, 470.
Inversion de l'utérus (De l'—), 355.
— (Deux observations d'ablation de l'utérus inversé par la ligature élastique), 161.
— (Traitement de l'— irréductible par la ligature élastique), 310.

KŒBERLÉ, 305.
KUACKENBUSH, 237.
Kyste ovarien; quatre ponctions; deux grossesses et un avortement pendant l'existence de la tumeur; ovariotomie; guérison; menstruation par le pédicule, 155.

LABBÉ (Léon), 311.
Lactation (Emploi de l'acide picrique dans les lésions du mamelon pendant la —), 77.
Lait (De l'absorption des substances toxiques par le —), 158.
— (De la quantité de — absorbé par les enfants à la mamelle), 316.
LE DIBERDER, 173.
LE FORT, 206.
Ligature élastique, 161.
— (Polype de l'utérus; —), 238.
— (Traitement de l'inversion utérine irréductible par la —), 310.
LISTER, 149.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, 149.
LUSK, 232.

M

MAC MURTRY, 321.
MAGNE, 379.
Maison d'allaitement (La nouvelle — d'Epinay-sur-Seine), 318.
Malformation (Panatrésie génitale de la femme; atrésie congénitale vulvo-vaginale, compliquée d'absence du vagin inférieur; d'atrésie du vagin supérieur de l'utérus et des trompes, avec hématosalpinx, hématomes et hématoposthê; nouvelle méthode opératoire; guérison), 117.
Mamelon (Emploi de l'acide picrique dans les lésions du — pendant la lactation), 77.
— (Note sur la nature et le traitement des gerçures du —), 173.
MARTIN (Edouard), 284.
Maternité de Paris (Distribution des prix aux élèves de la —), 74.
MATTEI, 33, 438.
Menstruation, 155.
— (La — et la loi de périodicité mensuelle), 231.
Métrite chronique (Du traitement de la — par l'ignipuncture), 310.
Métrorrhagie, 456, 462.
MONKS, 223.
Monstre double autositaire (Un cas de —),
Mortalité (De la — des enfants du premier âge dans les campagnes), 310.
MUNDÉ, 363.

N

NAUDIER, 298.
NITOT, 99.
Nouveau-né (Etat de l'oreille du —, qui n'a pas respiré), 66.
— (Erythème des —), 141.
— (Application du sphirophore au traitement de l'asphyxie des —), 205.
— (De l'inutilité de la section du frein de la langue chez les —), 233.
— (Obturation des orifices postérieurs des fosses nasales chez les —), 300.
— (Traitement de l'asphyxie des —; l'insufflation et le sphirophore), 300.
— (Discussion sur l'alimentation des —), 379, 449.
— (Insufflation d'air chez les — asphyxiés), 425.
— (Urine des —), 466.

O

OBET, 321.
Oreille (De l'influence de la grossesse sur certaines affections de l'—), 221.
Organes génito-urinaires (Sur le développement des —), 81.
ORY, 198.
Ovaire (Du traitement des kystes de l'— par le drainage abdomino-vaginal), 47.
— (Quelques mots sur la pathologie de l'—); 194.
Ovariotomie, 155.
— (Deux observations d'—), 206.

